

Hoitotyön opiskelijoiden käsitys kirurgisen potilaan hyvästä haavanhoidosta

Johanna Mettovaara & Anne Paukkeri

Opinnäytetyö
Hyvinvointipalveluiden osaamisala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

2015

Hyvinvointipalveluiden osaamisala
Hoitotyön koulutusohjelma

Tekijä	Johanna Mettovaara, Anne Paukkeri	Vuosi 2015
Ohjaaja	Raija Luutonen, Marianne Sliden	
Toimeksiantaja	Lapin AMK	
Työn nimi	Hoitotyön opiskelijoiden käsitys kirurgisen potilaan hyvästä haavanhoidosta	
Sivu- ja liitemäärä	74 + 4	

Kirurgisen potilaan hyvä haavanhoito koostuu eri osa-alueista. Haavan paraneminen ja potilaan kuntoutuminen ovat kansantaloudellisestikin merkittäviä osa-alueita terveydenhuollossa. Haavanhoito kuuluu olennaisena osana hyvän hoitotyön perusosaamiseen. Haavanhoitotyön osaamista tarvitaan sekä julkisella että yksityisellä sektorilla niin erikoissairaanhoidossa kuin perusterveydenhuollossa.

Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys käsittelee hyvän haavanhoidon eri osa-alueita puhtaasti kirurgisen haavanhoidon osalta. Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimuksena. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hoitotyön opiskelijoiden käsitystä hyvästä haavanhoidosta. Tavoitteena oli tuoda esiin tietoa kirurgisen potilaan hyvästä haavanhoidosta ja sen eri osa-alueista. Toisena tavoitteena tutkimuksessa oli tuoda esiin opiskelijoiden esittämiä kehittämistarpeita haavanhoidon opetuksesta. Henkilökohtaisena tavoitteena oli tutkimuksen tekemisen oppiminen, sekä oppia lisää hyvästä haavanhoidosta.

Tutkimus toteutettiin Lapin ammattikorkeakoulussa Kemin kampuksella keväällä 2015. Kyselyyn vastasivat erivaiheessa olevat hoitotyön opiskelijat. Kyselylomakkeita jaettiin 105 ja niitä palautui 83. Vastausprosentti oli 79. Tulokset analysoitiin SPSS-ohjelman avulla ja niiden pohjalta saadut tulokset esitetään lukuina, taulukoina ja kuvioina tässä opinnäytetyössä.

Tulosten mukaan hoitotyön opiskelijoiden käsitys hyvästä haavanhoidosta oli hyvää, ja parhaiten vastaajien mielestä tietoa oli aseptiikan osa-alueesta. Kaikista muista haavanhoidon osa-alueista ravitsemus, kipu, liikkuminen, ohjaus ja kirjaaminen opiskelijat halusivat lisää tietoa.

Asiasanat kirurginen potilas, haavanhoito, haavanhoidon osa-alueet

School of Health Care and
Social Service
Degree programme on Nursing

Author	Johanna Mettovaara, Anne Paukkeri	Year 2015
Supervisor	Raija Luutonen, Marianne Sliden	
Commissioned by	Lapland University of Applied Sciences	
Subject of thesis	The nursing students' knowledge of surgical patients of good wound care	
Number of pages	74 + 4	

Surgical patients' good wound care consists of different important areas. Wound healing and patients rehabilitation are important areas of health care as it directly contributes to the public health and the national economy. Wound care is an essential part of good basic nursing skills. Wound Nursing skills are needed in both the public and private sectors, in special health care in primary care.

The student study was performed as a quantitative research. The aim of the study was the identification of, what is the nursing students' knowledge of surgical patients, good wound care, its various aspects and what were the student's future development needs for the enhancement of wound care education. The student study writers' personal learning goal was learning about how to perform research, and to learn more about good wound care.

For the student study we co-operated with the University Of Applied Sciences Of Lapland, more specifically their Kemi campus. The student study's theoretical model, deals with different aspects of good wound care in surgical setting. Wounds that have become infected are not part of this study. Giving direction and writing down details are both included as parts of the study. The research was performed at Kemi campus in the spring 2015. There were 105 questionnaires given out and 83 questionnaires responses were received back (79% response rate). The results were analyzed with the help of SPSS-programme and the results gained from it are presented in this study as numbers and images.

The study results show that students' knowledge of good wound care is excellent and they felt they know most about different aspects of aseptic/hospital level hygienic care. Based on the results presented in this study, teachers can further develop the current training to meet the needs of the students.

Key words surgical patient, wound care, part of wound treatment

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	KIRURGISEN POTILAAN HAAVANHOITO	7
2.1	Kirurgisen potilaan haavanhoidon periaatteet	7
2.2	Ravitsemus osana haavanhoitoa	9
2.3	Kivunhallinta osana haavanhoitoa	11
2.4	Aseptiikka osana haavanhoitoa	15
2.5	Liikkuminen osana haavanhoitoa	17
2.6	Ohjaus osana haavanhoitoa	19
2.7	Kirjaaminen osana haavanhoitoa	21
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT ..	27
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	29
4.1	Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu	29
4.2	Kohderyhmä ja sen rajaus	31
4.3	Aineiston käsittely ja analysointi	32
5	TUTKIMUSTULOKSET	34
5.1	Taustatiedot	34
5.2	Hoitotyön opiskelijoiden käsitys kirurgisen potilaan hyvästä haavanhoidosta	36
5.2.1	Ravitsemus osana haavanhoitoa	38
5.2.2	Kivun hallinta osana haavanhoitoa	41
5.2.3	Liikkuminen osana haavanhoitoa	44
5.2.4	Aseptiikka osana haavanhoitoa	47
5.2.5	Ohjaaminen osana haavanhoitoa	50
5.2.6	Kirjaaminen osana haavanhoitoa	53
6	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	58
7	TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	63
	LÄHTEET	69
	LIITTEET	75

1 JOHDANTO

Haavanhoito on taloudellisesti kuormittavaa terveydenhuoltojärjestelmässä. Hyvän haavanhoidon laiminlyönti lisää sairaalassa vietettyjä hoitopäiviä ja pitkittää toipumista. (Jokinen, Sipponen, Lohi & Salo 2009, 2187–2193.) Haavanhoidon onnistumiseen vaikuttavat monet tekijät, kuten koulutus, työkokemus, asenteet haavanhoitoa kohtaan, sekä tutkitun tiedon hyödyntäminen ja suositusten noudattaminen hoitotyössä. Haavanhoidon peruseriaatteita ovat moniammatillisen tiimin asiantuntijuuden monipuolinen käyttö, kokonaisvaltainen hoito, sekä potilaslähtöisyys. (Hietanen, Iivanainen, Juutilainen & Seppänen 2005, 27–28.)

Kirurgisesti ommellun haavan epitelisaatio (uudisihon kasvaminen) alkaa jo muutaman tunnin kuluttua ompelemisesta ja kestää kokonaisuudessaan noin 24–48 tuntia. Tämän jälkeen haava on vesitiivis, eikä infektoidu enää ulkoapäin. Lopullinen paraneminen voi viedä kuitenkin viikkoja. Haavan paranemista edistää potilaan hyvä ravitsemustila, haavan riittävä hapen saanti, haavan oikea hoito ja kipulääkitys liikkumisen mahdollistamiseksi. (Kanta-Hämeen keskussairaala 2014, 1–2.)

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä yhteistyötä ja haavanhoito-ohjeiden yhteneväisyyttä tulee kehittää. (Hietanen ym. 2005, 112–113). Opinnäytetyön tekijöistä toinen työskenteli perusterveydenhuollossa ja toinen erikoissairaanhoidossa opinnäytetyön tekemisen aikaan. Molemmissa paikoissa erilaisten haavojen hoito on päivittäistä. Haavanhoito on mielenkiintoista ja aihe monipuolinen, minkä takia se alkoi kiinnostaa. Ennen lopullista aihevalintaa tietoa etsittiin haavanhoidosta ja haavanhoidon kirjaamisesta aiemmin tehdyistä opinnäytetöistä ja tutkimuksista.

Myöhemmin aihe supistui vielä kirurgisen potilaan hyvään haavanhoitoon ja puhtaaseen leikkaushaavaan. Työn ulkopuolelle rajattiin infektoituneet leikkaushaavat ja haavanhoitotuotteet. Aluksi opinnäytetyötä suunniteltiin Oulun yliopistollisen keskussairaalan kirurgisille osastoille, mutta aikataulumme eivät

sopineet yhteen. Lähes valmis opinnäytetyön suunnitelma vaihdettiin ohjaavien opettajien ideasta koskemaan hoitotyön opiskelijoiden käsitystä kirurgisen potilaan hyvästä haavanhoidosta. Haavanhoito on yksi osa-alue sairaanhoitajan ammatinkuvaa.

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää hoitotyön opiskelijoiden käsitystä hyvästä haavanhoidosta. Tavoitteena on tuoda esiin tietoa kirurgisen potilaan hyvästä haavanhoidosta ja sen eri osa-alueista. Toisena tavoitteena tutkimuksessa on tuoda esiin opiskelijoiden esittämiä kehittämistarpeita haavanhoidon opetuksesta. Henkilökohtaisena tavoitteena opinnäytetyöntekijöillä on tutkimuksen tekemisen oppiminen, sekä oppia lisää hyvästä haavanhoidosta. Tutkimus toteutetaan Kemin kampuksella keväällä 2015 kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimuksena. Tutkimuksen kohderyhmäksi valitaan eri vaiheessa olevia hoitotyön opiskelijoita.

2 KIRURGISEN POTILAAN HAAVANHOITO

2.1 Kirurgisen potilaan haavanhoidon periaatteet

Kirurginen potilas on henkilö, joka joutuu jonkin sairauden tai äkillisen sairastumisen vuoksi tilanteeseen, jossa leikkaus on todennäköinen tai välttämätön. Sairastuminen merkitsee ihmiselle elämänlaadun muutosta, johon toiset ovat ehtineet valmistautua enemmän, toiset vähemmän. Kirurgisen hoidon tarkoituksena on parantaa potilaan sairaus sekä vaikuttaa positiivisesti hänen elämänlaatuunsa. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2006, 16.)

Leikkaus merkitsee potilaalle integriteetin menetyksen uhkaa. Se sisältää ajatuksen ihmiselämän kokonaisuudesta, eheydestä, koskemattomuudesta ja loukkaamattomuudesta. Integriteetti rikkoontuu, kun leikkauksessa tunkeudutaan ihon läpi ja suoritetaan toimenpiteitä ihmiskehon sisäpuolella. Leikkaus voi muuttaa potilaan kehonkuvaa, elämäntasapainoa ja se voi olla todellinen uhka minäkuvalle. Toisaalta myös potilas saattaa kokea leikkauksen helpotuksena, jos tuloksena on kivuttomuus ja parempi elämänlaatu. Ensisijaisesti kirurgiset potilaat odottavat terveytensä palautumista leikattavaa vaivaa edeltäneelle tasolle ja elämänlaatunsa paranemista. He odottavat myös, että sairauden syyt selvitetään, vaiva hoidetaan kirurgisesti ja parannetaan. (Holmia, ym. 2006, 16.)

Haavanhoidon keskeisiä periaatteita ovat potilaslähtöisyys, hoidon kokonaisvaltaisuus, hoitolinjojen yhdenmukaisuus ja hoidon jatkuvuus. Haavanhoidossa säännöllinen tarkastus ja hoitomenetelmien arviointi on ehdottoman tärkeää hyviin hoitotuloksiin pääsemiseksi. Haavan tarkistuksen yhteydessä on hyvä kirjata hoitosuunnitelmaan haavanhoidossa käytetyt hoitotuotteet ja sidokset. Haavan paranemista arvioidaan havainnoimalla, tunnustelemalla, haavan kokoa arvioimalla ja mittaamalla sekä tarvittaessa valokuvaamalla. Valokuvaus on haavainnollisin keino kuvailla ja dokumentoida haavan muuttumista. Kuvausta varten haavan viereen voidaan asettaa potilaan tunnistetiedot ja kuvauspäivämää-

rä sekä mittatikku, joka antaa todellisen kuvan haavankoosta. Haavanhoidossa oleellista on myös tarkoituksen mukainen kuvaileva kirjaaminen. (Hammar 2011, 32; Juutilainen, Hietanen 2012, 71–75; Hietanen ym. 2005, 51–59.)

Haavanhoito vaatii potilaalta aikaa, tietoa, taitoa, motivaatiota, taloudellisia resursseja ja sopivia olosuhteita. Potilaan omilla elintavoilla on merkitystä haavan paranemiseen. Tupakoivalle potilaalle kerrotaan tupakoinnin aiheuttamista haittoista haavan paranemiseen. Tupakansavun sisältämät kemikaalit lisäävät haava tulehduksen riskiä ja hidastavat haavan paranemista, huonontamalla verenkiertoa ja estämällä hapen kuljetusta. Alkoholin ja huumeiden käytön seurauksena potilas saattaa unohtaa huolehtia riittävästi itsestään, ravitsemuksestaan ja hygieniastaan. Leikkaushaavat aiheuttavat aina tietynlaisia toimintarajoituksia mm. nostamiseen, kantamiseen ja liikkumiseen. Haavanhoidon päivittäiset toimenpiteet voivat aiheuttaa rajoituksia potilaan normaalissa arjessa. Hoidon suunnittelussa on huomioitava potilaan taloudellinen tilanne sekä mahdolliset elinolojen asettamat rajoitukset jatkohoittoa suunniteltaessa. (Hammar 2011, 28.)

Haavahoitopotilaan ohjauksessa on otettava huomioon potilaan fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen tilanne. Ympäristöön liittyvät taustatekijät tulee ottaa huomioon, kuten ikä, terveydentila sekä potilaan aiemmat tiedot ja taidot sekä niistä muodostuva todellisuus, jossa potilas elää ja toteuttaa hoitoaan. Haavanhoito tulee toteuttaa yksilöllisesti niin, että paranemiseen vaikuttavat taustatekijät ovat huomioitu. (Juutilainen ym. 2012, 389; Hietanen, Iivanainen 2009, 209.)

Haavojen aiheuttamaa haittaa tulee arvioida sekä yksilön että yhteiskunnan näkökulmasta. Lääketieteellisten seikkojen lisäksi on huomioitava myös psykososiaaliset ja taloudelliset tekijät. Haava voi olla ongelmallinen, jos siihen liittyy laajaa kudolvauriota tai toimintahaittaa, sekä sen vuoksi, että hoito pitkittyy ja hoito hankaloituu. Pahimmillaan haava voi uhata potilaan yleistä terveydentilaa tai henkeä. Yhteiskunnallisesti kroonistuneet haavat ovat ennen kaikkea taloudellinen ongelma, koska niiden esiintyvyys on suuri ja suurenee edelleen. Haavasta johtuva työkyvyttömyys tulee kalliiksi sekä potilaalle että yhteiskunnal-

le. Terveysthuollon ammattilaisten keskuudessakaan ei ole tiedostettu, kuinka paljon resursseja kuluu haavapotilaiden hoitoon. Eurooppalaisten selvitysten perusteella on arvioitu, että länsimaissa koko terveydenhuollon budjetista 5 % kuluu haavojen hoitoon. Suomessa ei ole tehty asiaan kattavia kustannuslaskelmia. Asian selvittäminen on hankalaa, koska vain osa potilaista on löydettävissä nykyisillä potilastietojärjestelmillä. (Juutilainen ym. 2012, 12–14, 388.)

2.2 Ravitseminen osana haavanhoitoa

Ennen leikkausta (vähintään 2 tuntia ennen) potilaan ravitsemustilannetta voidaan parantaa antamalla potilaalle hiilihydraattipitoista juomaa. Paaston välttäminen ja varhain aloitettu enteraalinen (lisäravinnon antaminen suun kautta tai letkulla) ravitseminen leikkauksen jälkeen ehkäisevät kataboliaa. Kataboliolla tarkoitetaan aineenvaihduntaa, jolle on ominaista energiaa sisältävien (ja muiden) yhdisteiden pilkkoutuminen. Leikkauksen jälkeisellä hyvällä ravitsemuksella ehkäistään väsymystä sekä nopeutetaan suolen toipumista. Toisaalta leikkauksen jälkeinen pahoinvointi, oksentelu ja suolilama saattavat estää ravitsemuksen aloitusta leikkauksen jälkeen. Pahoinvoinnin ilmetessä nestehoidosta huolehditaan ja samalla kevennetään enteraalista ravitsemusta. (Kellokumpu 2012.)

Ravitsemustila on keskeinen haavojen paranemiseen vaikuttava tekijä. Huono ravitseminen lisää infektioriskiä ja hidastaa haavojen paranemista (Juutilainen, Hietanen 2012, 83). Haavan syntyminen elimistöön aiheuttaa muutoksia aineenvaihdunnassa. Haavan paraneminen lisää energian ja happivarastojen kulutusta. Keho tarvitsee rakennusaineita kudonvaurion korjaukseen. Tähän tarvitaan erityisesti proteiineja ja kaloripitoista energiaa. Runsaasti erittävien haavojen mukana keho menettää proteiini- ja energiarakenteita. Haavaerityksen määrä vaikuttaa nestetasapainoon. Haavan umpeutumista varten elimistö tarvitsee ylimääräistä energiaa ja proteiineja. Vitamiinit ja hivenaineet nopeuttavat haavan paranemista. (Hietanen, ym. 2005, 202, 222; Välimäki 2014, 19; Eriksson 2010, 40–43.)

Kirurgisen potilaan hoidossa tärkeää on tasapainoinen ravitsemus, joka sisältää potilaalle riittävän määrän hiilihydraatteja, rasvaa ja proteiineja sekä tyydyttää potilaan vitamiinien ja hivenaineiden perustarpeet. Potilaan ravitsemuksessa on huomioitava riittävä C-vitamiinien saanti. Neutrofiilit, eli veressä olevat valkosolut, tarvitsevat C-vitamiineja kyetäkseen tuhoamaan bakteereja. Eri vitamiineilla, kuten A-, C- ja E-vitamiineilla, on omia erikoistehtäviä normaalissa haavan paranemisessa. Potilas saattaa menettää elimistössä olevia vitamiineja runsaasti infektion aikana sekä erilaisissa ruoansulatuskanavan sairauksissa. (Holmia, ym. 2006, 184; Hietanen, ym. 2005, 45.)

Ravinnon saannin tehostamiskeinoja ovat mieliruokien suosiminen sekä ruokien täydentäminen elintarvikkeilla ja kliinisillä ravintovalmisteilla. Lisäksi voidaan käyttää nautintovalmiita kliinisiä täydennysravintovalmisteita, letkuravitsemusta sekä viimeisenä keinona parenteraalista ravitsemusta. Jos potilaan ruokahalu on huono, hänelle tilataan repro-ruoka eli runsas energinen ja proteiininen vaihtoehto. Repro-ruoassa annoskoko on noin $\frac{1}{2}$ – $\frac{3}{4}$ osaa normaalista, mutta se sisältää normaalin annoksen verran energiaa ja proteiinia. Leikkauspotilaan ravinnon saantia on tarpeen tehostaa kliinisillä täydennysravintojuomilla, joita yleensä annetaan potilaalle 1–3 annosta vuorokaudessa ja ne on tarkoitettu aterioiden välissä. Ruoan sopivaan rakenteeseen tulee myös kiinnittää huomiota. (Juutilainen ym. 2012, 86–87.)

Yleensä potilaat ja heidän omaisensa eivät tunnista kliinisiä ravintovalmisteita. Hoitohenkilökunnan tulisi huolellisesti ohjata ja kertoa potilaalle sekä omaisille ravintovalmisteiden merkityksestä potilaan ravitsemuksessa. Tärkeää on potilaan motivointi valmisteiden käyttöön, sekä hoitohenkilökunnan positiivinen asenne tuotteita kohtaan. Vaikeammissa ravitsemustapauksissa voidaan konsultoida ravitsemusterapeuttia. (Juutilainen ym. 2012, 86–87.) Hoitajan rooli ravitsemuksen tukijana on merkittävä. Päivittäisessä hoitotyössä on tärkeää tukea potilaan ravitsemusta, arvioida päivittäin sen toteutuminen ja riittävyys sekä kirjata huolellisesti potilasasiakirjoihin ravitsemuksen toteutuminen. (Jäntti 2007, 32–33.)

2.3 Kivunhallinta osana haavanhoitoa

Kansainvälinen kipuyhdistys IASP (International Association for Study of Pain) määrittelee kivun seuraavasti: ”Kipu on epämiellyttävä sensorinen ja emotionaalinen kokemus, johon liittyy todellinen tai potentiaalinen kudосvaurio, tai jota kuvataan tällaisen vaurion kautta”. Kipu voidaan jakaa nosiseptiseen, kudосvauriosta varoittavaan kipuun sekä neuropaattiseen hermovauriokipuun. (World Wide Wound 2005, 1–2; Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006,7.)

Kivunhoitoa säätelevät lait ja asetukset, joiden tarkoituksena on tukea hoitohenkilökunnan eettistä päätöksen tekoa. Maailman terveysjärjestö WHO:n (1994) ja Lissabon (1995) julistuksissa todetaan, että kaikilla potilailla on oikeus hyvään nykyaikaiseen kivunhoitoon. (Salanterä ym. 2006,9.)

IASP on todennut, että oikeus hyvään kivun hoitoon on perustavanlaatuinen ihmisoikeus. Kaikilla potilailla on eettinen ja juridinen oikeus hyvään kivunhoitoon. Olennainen osa leikkauksesta toipumista on tehokas ja turvallinen kivunhoito. Hoitamaton akuuttikipu altistaa potilaan leikkauksen jälkeisille komplikaatioille ja aiheuttaa fyysisiä ja psyykkisiä haittavaikutuksia. Kivunhoito vaatii säännöllistä arviointia ja kirjaamista. (Konttinen, Jokela, Ravaska, Rautakorpi & Hamunen 2012.) Leikkauksen jälkeinen kivunhoito sallii potilaan varhaisen mobilisaation sekä vähentää kivun aiheuttamia stressivasteita ja elintoiminnan häiriöitä (Kellokumpu 2012).

Ihmisen kärsiessä kivusta hengitysfrekvenssi suurenee, syketaajuus kasvaa, verenpaine nousee sekä perifeeriset verisuonet supistuvat. Ulkoisina merkkeinä kivussa voi esiintyä ihon kalpeutta, palelemista, tärisemistä, pahoinvointia sekä oksentelua. Käytökseltään potilas voi muuttua ärtyiseksi, sekavaksi ja levottomaksi. Pahimmillaan kiputila voi aiheuttaa tajunnantason laskua. (Holmia ym. 2006, 70–73.; Kalso & Vainio 2002, 86–87.)

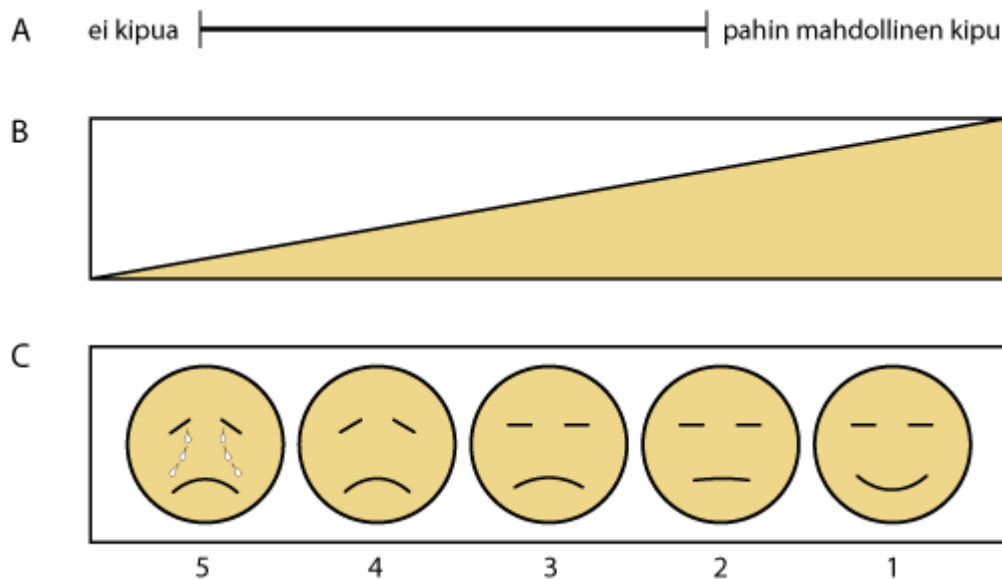
Potilaan yleisvoinnin seuraaminen kirurgisen toimenpiteen jälkeen on tärkeää. Lämmön, nestetasapainon sekä hyvän hapetustilan ylläpitäminen edesauttaa haavojen paranemisprosessissa. Lisäksi kivun pelko ja kipu vähentävät potilaan motivaatiota haavanhoitoihin. Kivun hoitaminen on tärkeää, sillä kipu estää haavan paranemista ja potilaan toipumista. (Juutilainen ym. 2012, 48–49; Hietanen ym. 2005, 37–39; Korhonen 2006, 28–29.)

Lepokivusta tai taustakivusta puhutaan, kun haava on kipeä jatkuvasti. Haava alueen liikuttaminen tai koskettaminen ja erityisesti hoitotoimenpiteet voivat aiheuttaa kipua, joka yleensä jatkuu vielä ärsykkeen loputtuakin. On tutkittu, että kivun voimakkuus voi vaihdella vuorokauden mukaan. Usein kipu lisääntyy iltaa kohden, mutta joillakin kipu voi olla pahimmillaan yöllä tai aamulla. Tähän voivat vaikuttaa hoitotoimenpiteet, liikkuminen sekä kipulääkkeiden vaikutuksen loppuminen. Myös aiemmat kokemukset muokkaavat kipukokemusta. (Juutilainen ym. 2012, 91.)

Eloranta (2002) on tutkinut kroonista kipua sairastavien potilaiden kipukokemuksia, Krooninen kipu osana elämää Pro gradussa. Tavoitteena oli kokemuksellisen tiedon kautta kehittää tämän asiakasryhmän hoitotyötä. Tutkimuksen mukaan potilaat pyrkivät mieluummin salaamaan kuin näyttämään kipua. (Eloranta 2002.) Potilaan kivunhoidon arvioinnin tarkoituksena on määrittää kivun syitä, sen merkitystä potilaan toimintakykyyn ja hyvinvointiin sekä antaa tietoa hoidon vaikuttavuudesta. Potilaan kivunhoidon arviointi on jatkuva prosessi, ja se tulee tapahtua yhdessä potilaan kanssa. Potilas on oman kipunsa paras asiantuntija. Mikäli potilas hoidosta huolimatta on kivulias, on mietittävä muun muassa seuraavia asioita: potilaan kivunhoidon riittävyttä, potilaan lääkkeen oton halukkuutta ja oikeaa antotapaa sekä kivunhoidon eri menetelmiä. Oleellista on myös huomioida, miten potilas on ymmärtänyt kivunhoitoon liittyvät ohjeet. (Juutilainen ym. 2012, 91; Ukkola, Ahonen, Alanko, Lehtonen & Suominen 2001, 29.)

Yksi tärkeimmistä asioista kivunhoidossa on kivun kirjaaminen hoitosuunnitelmaan. Hoitosuunnitelmaan voidaan merkitä erillinen kohta kivulle, jonka alle

kirjataan kaikki kivunhoitoon liittyvät asiat. Kivun voimakkuutta voidaan mitata kipumittarilla (Kuvio1.) Kipumittaria valitessa on otettava huomioon potilaan kyky arvioida kipuaan sekä aiemmat kokemukset mittareista. Mittausten luotettavuus edellyttää huolellista ohjausta kipumittarin käyttöön. (Holmia ym. 2006, 181; Juutilainen ym. 2012, 92; Konttinen ym. 2012; Salanterä ym. 2006, 83–85.) Heikkinen (2001) on tutkinut, Leikkauksen jälkeisen kivun arviointi heräämövaiheen aikana, potilaiden kykyä arvioida kipua VAS- (Visual Analogue Scale) ja NRS- (Numering Rating Scale) mittareilla. Tutkimuksella ei voitu osoittaa iän, sukupuolen ja sairauden vaikutuksia kivun arvioinnin onnistumisessa. Korkea ikä vaikutti kykyyn käyttää eri mittareita ja arvioida kipua. (Heikkinen 2001, 50.)



Kuvio 1. Erilaisia kipumittareita kivun voimakkuuden arviointiin. A) kipujana, B) kipukiila, C) ilmeasteikko (Vainio 2009.)

Kivun kestoa ja ajankohtaa arvioidaan erillisillä kysymyksillä. On tärkeää huomioida erikseen lepo- ja liikekipu. Lisäksi on huomioitava, jatkuuko kipu liikkumisen, fysioterapian tai haavanhoidon jälkeen, vai rauhoittuuko se levossa. Liikekipua voi olla mahdoton vaimentaa täysin, mutta levossa kivun tulisi olla lievää tai kohtalaista. Kivunhoidon onnistumista tulee arvioida yhdessä potilaan

kanssa. (Holmia ym. 2006, 181; Juutilainen ym. 2012, 92; Konttinen ym. 2012; Salanterä ym. 2006, 83–85.)

Farmakologisena kivun hoidonmenetelmänä käytetään lääkehoitoa. Kipulääkitys voidaan antaa suun kautta, lihakseen, laskimoon, ihonalaisesti, per rectum (peräsuolen kautta) tai suoraan epiduraalitilaan (selkäytimen ja luukanavan välinen tila). Haavankivun hoitoon käytetään tulehduskipulääkkeitä ja parasetamolia, opioideja, puudutusaineita ja muita kipulääkkeitä. Kaikilla kipulääkkeillä on haittavaikutuksia ja vasta-aiheita, joten lääkitys tulee valita yksilöllisesti kullekin potilaalle. Toinen hoitomuoto, ei-farmakologinen menetelmä, tarkoittaa elimistön omien kivunlievitysmekanismien käyttöä ilman lääkitystä. Siinä ovat käytössä psykologiset menetelmät, kuten keskustelu potilaan kanssa, läsnäolo, sekä huomion suuntaaminen kivusta pois rentoutumisen, huumorin, musiikin, mielikuvien tai kosketuksen avulla. Fysiologisina menetelminä käytetään ihokudosstimulaatiota, kuten hierontaa, asennon vaihtoa, lämmitysmenetelmiä, viilentämismenetelmiä. Niitä ovat jääpalojen käyttäminen tai koskettaminen. (Holmia ym. 2006, 180; Juutilainen ym. 2012, 95.)

Potilaan kivunhoidossa voidaan käyttää hoitona kylmähoitoa. Kylmähoidossa kylmäpakkaus laitetaan kipualueelle. Samalla on varottava kuitenkin leikkaushaavoja, eli suoraan leikkaushaavan päälle ei saa laittaa kylmäpakkausta. Kylmähoidon tarkoituksena on lievittää kipua, vilkastuttaa verenkiertoa ja vähentää turvotusta. Kylmäpakkauksen ja ihon väliin voidaan laittaa esimerkiksi pyyhe, jotta ihoon ei tulisi paleltumisvammoja. Kylmähoitoja ei tulisi käyttää sormien ja varpaiden alueella, koska verenkierto on siellä usein huonoa. (Holmia ym. 2006, 734; Blomqvist 2000, 138.)

Potilaan hoidon alkuvaiheessa aloitetaan asento- ja liikehoito. Näiden tarkoitus on ehkäistä vuodelevon haittoja ja tukea potilaan kuntoutumista. Asento- ja liikeshoidon tarkoituksena on ehkäistä virheasentoja, spastisuutta (jäykkyyttä), nivelkipuja, painehaavoja sekä alaraajojen verisuonitukoksia ja keuhkokuumetta. (Holmia ym. 2006, 321.)

2.4 Aseptiikka osana haavanhoitoa

Aseptisilla työtavoilla pyritään estämään kudosten ja steriilien materiaalien kontaminoituminen. Tämä toiminta edellyttää henkilökunnalta tietoa, taitoa ja eettistä vastuunottoa toteuttaa aseptiikkaa kiireenkin keskellä. Haavanhoidossa tulee noudattaa aseptista työjärjestystä ja edetä puhtaasta likaiseen. Hyvä aseptiikka edellyttää käsien desinfektion oikeanlaista suorittamista ja suojainten oikeaa käyttöä. Alle 24 tuntia vanhaa leikkaushaavaa tulee käsitellä steriilisti. Haavanhoitoon liittyy myös infektioiden seuranta. Leikkaushaavojen infektioriskiін voidaan vaikuttaa aseptisesti oikein toimimalla juuri ennen leikkausviillon tekemistä ja haavan ollessa auki. Potilaalle annetaan yleensä antibioottiprofylaksiana kerta-annos antibioottia leikkauksen alkaessa, mikä vähentää haavainfektioita. (Juutilainen ym. 2012, 115–117; Iivanainen, Syväoja 2009, 377, 502–503; Iivanainen, Skarp, Alahuhta 2008, 25.)

Maailman terveysjärjestö WHO käynnisti 2007 maailman laajuisen Safe Surgery Saves Lives-ohjelman, jonka tavoitteena oli leikkauskomplikaatioiden vähentäminen. Tämän pohjalta kansainvälinen asiantuntijaryhmä on kehittänyt leikkaustiimin tarkistuslistan potilasturvallisuutta lisäämään. Se vähentää leikkaussalissa tapahtuvia potilasvahinkoja ja kuolemia. Tarkistuslistan tarkoitus on leikkausturvallisuuden parantaminen tiimityötä ja kommunikaatiota lisäämällä. Listan avulla varmistetaan, että potilasta koskevat keskeiset tiedot on otettu huomioon ja kaikki tarpeelliset toimenpiteet on tehty ennen siirtymistä seuraavaan vaiheeseen eli toimenpiteeseen. (THL 2015.) Tarkistuslistan käytön lähtökohtana on käyttää listaa varmistamaan ja vahvistamaan ääneen, että siinä mainitut asiat suoritetaan ja huomioidaan. Tarkistuslistan käyttö on leikkausryhmän yhteinen asia. Yleensä siitä on vastuussa valvova hoitaja. Alkutarkistus tehdään, kun anestesiavalmistelut ovat valmiit, ja aikalisän tarkistus puolestaan, kun ollaan valmiita toimenpiteen aloittamiseen. Lopputarkastus tehdään salivaiheen päätteeksi, kun instrumentit ovat lasketut ja anestesiatiimi on leikkaavan lääkärin

kanssa käynyt läpi potilaan jatkohoito-ohjeet. (THL 2015; Pauniahho, Lepojärvi, Peltomaa, Saario, Isojärvi, Malmivaara, Ikonen 2009.)

Leikkaushaavaa voidaan alkaa suihkuttamaan lääkärin ohjeen mukaan yleensä toisena postoperatiivisena päivänä. Varsinainen haavan puhdistaminen ja pesu tehdään suihkuttamalla aina, kun siihen on mahdollisuus. Suihkun sijaan voidaan käyttää myös fysiologista isotonista keittosuolaliuosta (0,9 %) tai Ringerliuosta. Normaalin suihkussa käynnin jälkeen leikkaushaavaa suihkutetaan kehonlämpöisellä hanavedellä. Kehonlämpöinen vesi aiheuttaa vähemmän kipua eikä supista verisuonia siten kuten viileä vesi. Jos haava pääsee viilenemään, saattaa kestää jopa kolme tuntia ennen kuin haavan paraneminen normalisoituu solutasolla. Haavan viilenemistä voidaan estää käyttämällä lämmintä vettä pesutilanteessa. Haavanhoitotilannetta ei tulisi turhaan pitkittää. Vesisuihkun voimakkuudella on vaikutusta kivun tuntemiseen. Mitä puhtaampi haava, sitä lyhyempää suihkutusta ja pienempää painetta käytetään. (Juutilainen ym. 2012, 186–187; Hietanen ym. 2002, 70.)

Akuutti haava eli vulnus syntyy leikkauksen tai trauman seurauksena, ja yleensä se paranee ilman komplikaatioita (Hietanen ym. 2002, 17–22). Useimmat akuutit haavat alkavat paranemaan parissa päivässä, ja vaurioitunut kudoks korjaantuu parissa viikossa (Schultz, Barillo, Mozingo & Chin 2004, 22). Puhtaasta haavasta seurataan ja arvioidaan yleensä klassisia tulehduksen merkkejä. Aseptisissä olosuhteissa tehty leikkaushaava on puhdas, verenkierto on riittävä, sekä haavanreunat ovat tasaiset ja verestävät. (Vaalasti 2002,35.)

Leikkaushaavan pieni märkiminen ompeleen kohdalta tai ommelaukkojen punoitus eivät merkitse infektiota. Leikkauksesta aiheutuva kudostrauma aiheuttaa ensimmäisinä leikkauksen jälkeisinä päivinä haavan ympäristössä normaaliin paranemiseen liittyvän tulehdusreaktion, joka yleensä laantuu vajaan viikon sisällä. Samasta syystä CRP (C-reaktiivinen proteiini) nousee ja potilaan peruslämpö nousee kolmanteen leikkauksen jälkeiseen päivään asti ja lähtee sitten normaalisti laskemaan. Leikkaushaavan infektio ilmenee kliinisesti yleensä vasta reilun viikon kuluttua leikkauksesta. Tavallisimpia infektion merkkejä ovat li-

sääntyvä märkäinen haavaneritys, kipu, turvotus, kuumotus ja punoitus, sekä yleensä myös CRP ja peruslämpö nousevat uudelleen. Leikkausalueen infektiot ovat keskeisimpiä hoitoon liittyviä infektioita. (Juutilainen ym. 2012, 101.)

2.5 Liikkuminen osana haavanhoitoa

Potilaalle opetetaan joko ennen leikkausta tai leikkauksen jälkeen kuntoutumisen kannalta tärkeitä fyysisiä toimintoja, kuten hengittäminen, yskiminen, liikkuminen ja mahdollisten apuvälineiden käyttäminen. Oikeanlaisen hengittämisen ja yskimistavan tarkoituksena on keuhko- ja hengitysinfektioiden ja keuhkon osien ilmattomuuden ehkäisy sekä ventilaation tehostumisen myötä anestesia-kaasujen nopea poistuminen. Potilaan hengittäessä, yskiessä ja liikkuessa oikealla tavalla voidaan samalla vaikuttaa haavakipuun. Oikeilla tekniikoilla haava paranee myös nopeammin. Laskimotukosten ehkäisyssä on myös liikunnalla suuri merkitys. Potilaan liikkumisen ohjaus tapahtuu yhdessä fysioterapeuttien ja hoitajien kanssa. (Holmia ym. 2006, 60.) Potilaan varhainen liikkeelle lähtö leikkauksen jälkeen parantaa lihastoimintoja, hengitystä ja kudoksen hapettumista. Lisäksi se ehkäisee keuhko- ja tromboembolisia komplikaatioita. (Kellokumpu 2012.)

Potilaalle opetetaan syvä hengitys, johon kuuluu keuhkojen eri osilla hengittämistä, yskimistekniikka sekä erilaisia rentoutumisharjoituksia. Yksinkertainen tapa harjoitella syvään hengittämistä on se, että potilas makaa vuoteellaan selällään polvet hiukan kohotettuna, ja samalla hän panee kädet vatsalleen ja hengittää nenän kautta sisään ja suun kautta ulos. Harjoitusta voidaan vielä tehostaa viemällä toinen käsi tai molemmat kädet sängynpäätyä kohti sisään hengittäessä ja ulos hengityksen aikana kädet tuodaan alas vatsan päälle. Potilaan tulee tehdä näitä harjoituksia muutaman kerran peräkkäin useamman kerran päivässä. Yskimisharjoitus voidaan yhdistää edellisen harjoituksen yhteyteen. Potilas opetetaan yskimään niin, että hän yskäisee aina uloshengityksen päätyttyä. (Holmia ym. 2006, 60–61.)

Vastapainehengitystä eli PEP-tekniikkaa voidaan käyttää leikkaus- ja vuodepotilaille liman tyhjentämiseksi hengitysteistä. Vastapainehengitys onnistuu puhaltamalla letkulla vesipulloon. Puhalluspullokseksi sopii 1 litran vetoinen pullo, jonka pohjalla on 10 cm vettä. Lisäksi tarvitaan noin 50 cm:n pituinen letku. Letku asetetaan pullon pohjaan asti. Tarkoituksena on puhaltaa niin, että vesi saadaan kuplimaan. Vesimäärä on riittävä, jos aikuinen pystyy puhaltamaan hengästyttä 10 kertaa. 10 puhalluksen sarja suoritetaan yhteensä 3–4 kertaa. Puhallusten välissä voi pitää taukoa sen verran, että ylös noussut lima saadaan yskittyä pois. (Terve media oy, hakupäivä 20.1.2015; Iivanainen ym. 2009, 344; Anttila, Kaila-Mattila, Kan, Puska, Vihunen 2008, 159.)

Potilasta opetetaan käyttämään oikein vartalon lihaksia ja siirtämään ruumiinpainoa niin, että kääntymiset, vuoteesta nouseminen, ja vuoteeseen takaisin meneminen eivät tuota turhaa kipua. Asentoa vaihdettaessa tulee huomioida, etteivät leikkausalueen lihakset joudu jännitys- tai venytystilaan, sillä se vaikuttaa myös haavan paranemiseen ja haavakipuun. Potilas voi itse edistää vuoteessa maatessaan alaraajojensa verenkiertoa ojentamalla ja koukistamalla nilkkojaan. Nilkan koukistaminen on erittäin tehokasta, sillä samalla se tyhjentää säären laskimot. Laskimotukokset alkavat yleensä säären laskimoista. (Holmia ym. 2006, 61.)

Potilaan tulee hallita tarvittaessa apuvälineiden oikeanlainen käyttö. Potilaan kanssa harjoitellaan apuvälineiden käyttöä niin, että hän osaa turvautua niihin leikkauksen jälkeen. Asennon vaihtamisessa ja ylös nousemisessa potilas voi käyttää hyvänä apuna trapetsia eli kohottautumistelinettä. Erityisesti ortopedisissä leikkauksissa on usein tarpeellista etukäteen harjoitella kyynär- tai kainalosauvojen käyttämistä sekä rollaattorin ja muiden tarvittavien apuvälineiden käyttämistä. (Holmia ym. 2006, 61.)

2.6 Ohjaus osana haavanhoitoa

Potilasohjausta on tutkittu paljon hoitotieteessä. Maria Kääriäisen väitöskirja Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen (2007) on kattava paketti ohjauksen laadusta. Ohjauksen laatu muodostuu ohjauksen resursseista, toteutuksesta, riittävydestä ja vaikutuksista (Kääriäinen 2007, 40). Samaa asiaa on tutkinut myös Pirjo Kaakinen väitöskirjassaan Pitkääikaissairaiden aikuisten ohjauksen laatu sairaalassa (2013). Väitöskirjan johtopäätöksissä hän toteaa laadukkaasta ohjauksesta olevan hyötyä muun muassa asenteisiin ja itsehoitoon (Kaakinen 2013, 71).

Sairaanhoitajien hyvä koulutus, vankka teorian tieto, hyvät hoitokäytännöt ja hyvät vuorovaikutustaidot luovat hyvän pohjan potilaan ohjaamiselle. Potilassuhteissa ohjaus kulkee punaisena lankana koko hoitotyön ajan. Sairaanhoitajan henkilökohtaiset taidot ja luovuus korostuvat potilaan ohjaustilanteissa. Kiireen keskellä siitä saattaa muodostua välttämätön rutiini. On kuitenkin muistettava, että ohjaamisella on suora vaikutus hoidon laatuun ja potilastyytyväisyyteen. (Ohtonen 2006, 3.)

Potilasohjauksella tuetaan potilaan omien voimavarojen löytymistä ja siten aktiiv voidaan potilasta ottamaan enemmän vastuuta omasta toipumisesta ja hoitamaan itseään paremmin. Hyvin ohjattu potilas turvautuu vähemmän terveydenhuollon toimipisteiden apuun kuin huonosti ohjattu potilas. (Lipponen 2006, 22–24.)

Potilaan ohjaamisen ja opettamisen tarkoituksena on siirtää vastuuta hoidosta potilaalle tai hänen läheisilleen sekä tukea potilaan itsenäistä selviytymistä. Potilas saa sekä kirjallista että suullista ohjausta, jolloin mukana on sekä sanallista että sanatonta viestintää. Ohjaustilanteiden tulee sisältää vuorovaikutusta, jotta hoitotyöntekijä saisi palautetta potilaan ajattelusta ja tiedon riittävydestä. Ohjausta toteutetaan vasta siinä vaiheessa, kun potilas on valmis ja halukas ottamaan sitä vastaan. Elämäntilanne tulee yksilöllisesti huomioida ohjaustilantees-

sa. Ohjaustilanteet voivat sisältää muun muassa tietoa terveyden edistämisestä, sairauksien ehkäisemisestä, sairaanhoidosta, sairauden tuomista rajoituksista ja apuvälineiden käytöstä. Toimintakyvyltään heikentyneen ihmisen tukemisen, ohjaamisen ja opettamisen tavoitteena on omatoimisuus, joka on kotona pärjäämisen edellytys. Omatoimisuuden saavuttaminen ja sen säilyminen takaavat muista ihmisistä ja palveluista riippumattomamman ja itsenäisemmän elämän. (Iivanainen, Jauhiainen, Korkiakoski 1998, 51; Hietanen, Iivanainen, Seppänen, Juutilainen 2002, 251–252.)

Hoitosuunnitelmasta tulisi ilmetä, miten haavanhoitoa on ohjattu ja miten potilaan hyvä haavanhoito on edennyt. Potilaan hyvään haavanhoitoon osallistuvien henkilöiden tulee tietää, millaista ohjausta ja hoitoa potilas on jo saanut. Potilaan hyvän haavanhoidon tulee olla suunnitelmallista, ja potilaalle on annettava tarpeeksi tietoa ja ohjausta hänen omasta tilasta ja paranemiskeinoista. Potilaalle annetut haavanhoito-ohjeet vaikuttavat potilasturvallisuuteen ja kuntoutumisenopeuteen. Sekä suullisesti että kirjallisesti annetut ohjeet on tarpeellista kirjata potilaan hoitosuunnitelmaan, jotta hoidon jatkuvuus olisi turvattua. (Hietanen ym. 2008, 56; Kanta 2014.)

Kaija Lipponen puhuu väitöskirjassaan potilasohjauksen kehittämisestä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon henkilöstön yhteistyönä. Johtopäätöksistä käy ilmi, että yhteistyö tuottaa myönteisiä tuloksia niin yksilöiden kuin organisaatioidenkin kannalta. Tiedonkulku potilaan hoitoprosessissa myös paranee kehittämissyhteistyöllä sekä tarjoaa ammatillisen kehittymisen mahdollisuuksia ja vahvistaa hoitotyön asiantuntijuutta. (Lipponen 2014, 15, 74)

Haavapotilaan ja hänen omaisensa ohjauksen ja neuvonnan menetelmät ovat suullinen ohjaus, kirjallinen materiaali, potilaan itsenäisen toiminnan seuranta ja arviointi. Ohjausmenetelmien valintaan vaikuttavat potilaan ohjauksen tarve, sisältö, oppimiskyky ja omaksumistaito sekä ohjaajan perehtyneisyys ja taidot käyttää eri ohjausmenetelmiä. Haava voi näyttää potilaasta vastenmieliseltä, se voi parantua odotettua hitaammin tai se voi olla pahanlaatuinen. Silloin ohjaaminen on erityisen haasteellista. Nämä asiat voivat lisätä potilaan stressiä ja

ahdistusta ja näin myös vaikuttavat kykyyn oppia ja omaksua hoitoon liittyviä asioita. Näitä asioita on syytä pohtia ohjausmenetelmää valitessa. (Hietanen ym. 2002, 255.)

Potilaan ohjaustarpeisiin vaikuttaa kokonaisvaltainen tilanne. Siihen kuuluvat ikä, sukupuoli, sairauden laatu ja sen kesto sekä sairauden vaikutus arkielämään. Potilaan fyysiset ominaisuudet voivat vaikuttaa ohjauksen vastaanottamiseen. Psyykkisistä ominaisuuksista tulee huomioida muun muassa motivaatio itsensä hoitamiseen, terveystottumukset ja uskomukset, mieltymykset, odotukset ja tarpeet. Ohjaajan ja ohjattavan motivaatiolla on tärkeä rooli ohjauksen onnistumisessa. Potilaan jokapäiväiseen toimintaan vaikuttavat myös sosiaaliset tekijät, kuten kulttuuri, uskonto ja eettiset tekijät. Henkilökohtaiset uskomukset, traditiot ja eettiset ajattelutavat vaikuttavat oleellisesti potilaan toiminta- ja elintapoihin. Ympäristön häiriötekijät tulee huomioida ohjaustilanteessa, jotta siihen voidaan keskittyä ilman häiriötekijöitä. (Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola, Torppa 2005, 5-9.)

Hoitoaikojen lyhentyessä potilaan ohjaamiseen on aikaa entistä vähemmän. Hoitoprosessin jokaisessa vaiheessa ohjaaminen on tärkeää, jotta potilaalla olisi riittävät valmiudet hoitaa itseään. Potilaslähtöisessä ohjauksessa on otettava huomioon potilaan fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja ympäristöön liittyvät taustatekijät. Ohjaus tapahtuu vuorovaikutuksessa potilaan kanssa. Potilaat odottavat ohjaukselta kannustusta, kuuntelemista, mahdollisuutta ilmaista sairauden aiheuttamia tunteita sekä positiivista palautetta. Hoitohenkilökunnalta vaaditaan valmiuksia, resursseja sekä toimintaympäristön organisointia potilaslähtöisessä ohjauksessa. (Kääriäinen ym. 2005, 10.)

2.7 Kirjaaminen osana haavanhoitoa

Kirjaamisen taidot ovat olennainen osa toteutettua hoitoa sen kuvaamisessa ja arvioinnissa sekä tiedonvälityksessä. Jo 1980-luvulla oletettiin hoitotyön laa-

dunvarmistuksen yhteydessä, että hyvä kirjaaminen ilmaisee hyvän hoidon (Lukander 1995, 24,38). Hoitotyön kirjaaminen on lähtenyt kehittymään 2000-luvulla sähköisiin asiakirjoihin siirryttäessä. Silloin tavoitteena ollut paperiton ja filmitön sairaala on jo lähes kaikkialla saavutettu. Kehitys jatkuu edelleen. Nyt lähestytään tavoitetta tiedon välittämisestä sairaaloiden välillä kanta-arkiston keinoin. Kanta-arkiston tavoitteena on potilasturvallisuuden lisääminen ja tiedon nopea siirtyminen yksiköstä toiseen, hoidon läpinäkyvyys, potilaan oma osallistuminen hoitoonsa ja sen suunnitteluun sekä potilasasiakirjojen näkyvyys omakannassa. Kanta-arkiston kautta kirjaukset näkyvät myös potilaan jatkohoitopaikoissa, ja hänen on mahdollista lukea niitä itse omakannasta. (Kanta 2014.)

Potilaan hoidon kirjaamisessa on pitkään käytetty sekä kansallisesti että kansainvälisesti ongelmanratkaisumallia. Maailman terveysjärjestö WHO:n (1970-luvulla) hoitotyön kehittämisohjelman tavoitteena oli selkiinnyttää hoitotyön kirjallista suunnittelua. WHO:n tutkimus- ja kehittämisohjelman tulosten perusteella luotiin prosessimallin pohja. Prosessissa korostetaan päätöksenteon prosessinomaisuutta. Useat hoitotyön teoreetikot (mm. Roper, Logan, Tierney vuosina 1980–1985) sisällyttivät käsitteellisiin malleihinsa hoitotyön prosessin. Siten hoitotyön prosessi voi perustua lähtökohdiltaan tarve-, vuorovaikutus-, adaptaatio-, järjestelmä- tai päätöksentekoteoriaan. Hoitotyön prosessimalli jakaantui neljään vaiheeseen: hoitotyön tarpeen 1) arviointi, 2) suunnittelu, 3) toteutus ja 4) tulosten arviointi (Kuvio 2). Kirjaamisessa nähtiin tarpeellisena nimetä ne asiat tai hoidolliset ongelmat, joita potilaan hoidontarpeen arvioinnissa tunnistetaan. Voidaksemme hallita, rahoittaa, opettaa, tutkia tai toteuttaa asioita ja käyttää niitä tietojärjestelmissä, asioilla täytyy olla nimi. Hoitotulosten täsmällinen kirjaaminen sekä hoidon tarpeen arviointi edistävät koko hoitoprosessin arviointia. Erityisesti hoidon vaikeuksia on mahdoton osoittaa, jos emme tiedä potilaan tulotilannetta tai vointia prosessin alussa. Ongelmanratkaisu- tai päätöksentekomallin mukaan hoitajan on vastattava kysymyksiin mitä, miten ja miksi. Jos näitä kysymyksiä ei heti alussa kartoiteta, hoidon eteneminen tulee olemaan pulmallista. (Ensio & Saranto 2004, 36–37; Tiikkanen 1989, 1-17.)

MITÄ? → Potilaan lähtötilanne ← → Potilaan, hoitajan, lääkärin arvioinnin tuloksena

HOIDON TARVE

MITEN? → Hoitotoiminnot ← → Tutkimukset, toimenpiteet, ohjaus, yms.

HOIDON SUUNNITTELU JA
TOTEUTUS

MIKSI? → Hoidon vaikutukset potilaaseen ← → Vointi, selviytyminen, mielipiteet

HOIDON TULOSTEN ARVIOINTI

Kuvio 2: Hoidollinen päätöksenteko kirjaamisessa (Ensio ym. 2004, 36–37.)

Hoitopäätösten kirjaaminen korostaa potilaskohtaista yksilöllistä hoitoa. Tietojen analyysin jälkeen muodostuu yksi tai useampia tarpeita, joiden suhteen määritellään hoidon tavoitteet ja valitaan hoitotoiminnot. Hoitopalaute tai hoitotyön yhteenveto ovat tarpeellisia potilaan siirtyessä hoitolaitoksesta toiseen. Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan potilasasiakirjoissa pitää olla seuraavat merkinnät: tulosyy, esitiedot, nykytila, havainnot, tutkimustulokset, ongelmat, taudinmääritys tai terveysriski, johtopäätökset, hoidonsuunnittelu, toteutus ja seuranta, sairaudenkulku sekä loppulausunto. Hoidontarpeen arvioinnissa potilastietoja saadaan potilaan läheteestä jo usein ennen tämän tuloa hoitoon. Potilaan esitiedot koostuvat useista tietosisällöistä, jotka ovat riippuvaisia sekä hoidon antajasta että palveluntuottajasta. Hoitojakson päättyessä hoitajat laativat yhteenvedon hoitojaksosta, joka sisältää tärkeän kokonaisuuden potilaan jatkohoitoa suunniteltaessa ja toteutettaessa. Yhteenveto on usein kirjoitettu vapaalla kertovalla tekstillä, ja sen jäsentelyssä on käytetty potilaan hoitojakson mukaista voinnin etenemistä. (Ensio ym. 2004, 37- 43.)

Hoitotyön kirjaaminen perustuu lakiin, ja kirjaamista ohjaavat useat lait ja ohjeet. Potilasasiakirjat määritellään juridisesti laissa potilaan asemasta ja oikeuksista. (785/1992). Potilasasiakirjoilla tarkoitetaan potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettäviä, laadittuja tai saapuneita asiakirjoja tai tallenteita, jotka sisältävät potilaan terveydentilaa koskevia tietoja tai muita henkilökohtaisia tietoja. Potilasasiakirjoihin kuuluvat myös potilaan hoidon järjestämiseen ja to-
teutuksen yhteydessä syntyneet asiakirjat. (Hallila 2005, 16–22; Finlex 2014.)

Potilaalla on lakisääteinen oikeus saada hoitoonsa liittyvää tietoa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Hoitotyön kirjaamista ohjaavat erilaiset lait sekä sosiaali- ja terveysministeriön laatimat ohjeet, esimerkiksi laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007). Lisäksi hoitotyön kirjaamista ohjaavat tietoturva- ja tietosuojasäännökset. Hyvä henkilö-
tietojen käsittelytapa varmistaa myös hoitohenkilöstön oikeusturvan. Potilas-
asiakirjat ovat aina juridisia asiakirjoja, ja niiden täyttäjällä on vastuu siitä, mitä niihin kirjataan. Potilasasiakirjoilla turvataan hoidon jatkuvuus ja seuranta. Poti-
lasasiakirjoja voidaan jälkeenpäin tarkastella esimerkiksi potilasvahinkoasioissa. Tuolloin on tärkeää, että potilasasiakirjat ovat selkokieelisesti ja asianmukaisesti kirjattuja. Se on merkittävä myös terveydenhuollon ammattilaisen oikeusturvan
varmistamisen ja potilaan oikeuksien toteutumisen kannalta. (Ensio ym. 2004, 20–28.; Hallila 2005, 13–15; Finlex 2014; THL 2012, 15.)

Sähköinen potilastiedon arkisto, eli eArkisto, on palvelu, jonne terveydenhuollon yksiköt tallentavat potilastietoja omista tietojärjestelmistään tietoturvallisesti. Potilastiedon arkiston avulla jokaisella on mahdollisuus tarkastella omia potilas-
tietoja Internetissä vaivattomasti, ajasta ja paikasta riippumatta. Potilaan luvalla myös ammattilaiset voivat hyödyntää tietoja potilaan hoidossa organisaatiosta ja paikkakunnasta riippumatta. Potilasasiakirjoihin tulee merkitä tiedot potilas-
asiakirjojen luovutuksesta sekä potilaan tahdonilmaukset. Lisäksi yhteystietoihin merkataan mahdollinen turvakielto, tulkin tarve ja vakuutusyhtiö. Tulevaisuu-
dessa omia potilastietoja pääsee tarkastelemaan Omakanta-palvelussa, jonne pääsee kirjautumaan Kanta.fi sivuston kautta. (Kanta 2014; THL 2014, 36–81.)

Hoitotyön kirjaamisella tarkoitetaan potilastietojen jäsentämistä kirjalliseen muotoon (Saranto & Sonninen, 2007, 15). Kirjatusta tiedosta tulee selvitä potilaan koko hoitoprosessi, hoitosuhteen alkamisesta hoitosuhteen päättymiseen. Kaikesta kirjatusta tiedosta koostuu potilaan hoitosuunnitelma. (Anttila, Kaila-Mattila, Kan, Puska, Vihunen 2010, 51–52). Hoitotyön kirjaaminen on yksi hoitotyön toiminnoista. Se ei ole itsetarkoitus vaan väline potilaan kokonaisvaltaisessa hoidossa. Kirjaamisen avulla vähennetään suullisen raportoinnin tarvetta ja helpotetaan hoitotyön päätösten tekoa. (Ahonen, Karjalainen-Jurvelin, Oras-Hyytiäinen, Rajalahti & Saranto 2007, 183; Anttila ym. 2010, 58.)

Hoitotyön kirjaamisen kehittyminen mahdollistaa suullisen raporttien vähentämisen. Hoitotyön kirjaamisen tärkeys korostuu hiljaista raportointimenetelmää käyttäessä. (PSHP 2015.) Hiljainen raportointi vaatii hoitohenkilökunnalta perehtymistä kirjaamiseen. Kirjaamisen tulee olla loogista ja helposti ymmärrettävää. Hoitajan pitää pystyä suunnitemaan potilaan tuleva hoito luetun ja tutkitun tiedon perusteella. (Ensio, Saranto, Sonninen & Tantt 2007, 10, 156.) Hoitotyön kirjaamisen kehittyminen on mahdollistanut sen, että suullisia raportteja on voitu vähentää. Työvuoron vaihtuessa työvuoroon tulevat hoitajat lukevat kirjalliset raportit ja saavat siten itselleen oleellisen tiedon edellisten työvuorojen tapahtumista. Tieto on samalla tavalla kaikkien ammattihenkilöiden luettavissa ja hyödynnettävissä. (Hallila 2005, 125.)

Potilaan haavanhoitoon liittyvää tietoa on vaikea löytää, mikäli se on kirjoitettu useaan paikkaan potilaan hoitosuunnitelmassa. Lisäksi jos potilaalla on useampia haavoja, se johtaa suuriin haasteisiin haavanhoidon kuvaamisen, kirjaamisen ja arvioinnin osalta. Haavanhoidon kirjaamista voi vaikeuttaa hoitohenkilökunnan erilainen tiedon ja taidon taso. Dokumentoinnin tulee olla oikea-aikaista, täsmällistä ja virheetöntä, koska hoitosuunnitelmaan tehdyt kirjaukset ovat todiste potilaalle annetusta hoidon laadusta. Käytössä tulee olla sanasto ja terministö, jota käytetään haavanhoidossa. Silloin hoito on luotettavaa ja tarkkaa. (Brown 2006, 155 – 156.)

Hyvä hoitotyön kirjaaminen turvaa potilaan yksilöllisyyden, turvallisuuden ja hoidonjatkuvuuden. Kirjaamisessa on potilaan kannalta kyse oikeudesta hyvään ja laadukkaaseen hoitoon. Kaiken kaikkiaan hyvä kirjaaminen on työväline potilaan hyvän hoidon todistamiseksi ja varmistamiseksi (Voutilainen 2004, 72).

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää eri vaiheessa olevien hoitotyön opiskelijoiden käsitystä hyvästä haavanhoidosta. Tutkimuksessa tehdään kysely opiskelijoille kirurgisen potilaan hyvästä haavanhoidosta. Opinnäytetyön sisällössä keskitytään kirurgisen potilaan puhtaaseen leikkaushaavaan ja haavan hyvään hoitamiseen. Haavanhoidon aseptiikkaa, kivunhoitoa, ravitsemusta, liikkumista, kirjaamista ja ohjaamista käsitellään siltä osin, kun se on kirurgisen potilaan puhtaan leikkaushaavan hoidossa tarpeen. Opinnäytetyön ulkopuolelle rajataan haavainfektiot ja infektoituneen haavan hoitaminen. Opinnäytetyössä ei myöskään oteta kantaa haavanhoitotuotteisiin tai sidoksiin. Haavahoidon ohjausta ja -kirjaamista käsitellään yhtenä osana hyvää haavanhoitoa.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuoda esiin tietoa kirurgisen potilaan hyvästä haavanhoidosta ja sen eri osa-alueista. Toisena tavoitteena tutkimuksessa on tuoda esiin opiskelijoiden esittämiä kehittämistarpeita haavanhoidon opetuksesta.

Opinnäytetyön tekijöiden henkilökohtaisena tavoitteena on tutkimuksen tekemisen oppiminen, sekä oppia lisää hyvästä haavanhoidosta. Teoriatietoa hakeamalla ja tutkimusta tekemällä opitaan lisää haavanhoidosta sekä kirjaamisen laadusta ja tärkeydestä. Opinnäytetyön tavoitteena on myös se, että tutkimusprosessista saatu tieto palvelee meitä tulevaisuudessa, kun olemme valmiita hoitoalan ammattilaisia.

Tutkimuksesta saadut vastaukset voidaan hyödyntää haavanhoidon opetuksessa. Opetusta voidaan keskittää ja syventää enemmän aiheisiin, joista opiskelijat halusivat lisää tietoa. Tutkimustulosten perusteella haavanhoidon teoriaopetuksen tuntimääriä, ja miten ne jakautuvat koulutuksessa, voidaan miettiä kursseja suunniteltaessa.

Tutkittavaan ilmiöön liittyy aina jokin ongelma, joka halutaan ratkaista. Ratkaisulla pyritään asian parantamiseen ja kehittämiseen. Tieteen yksi tärkeimmistä

tehtävistä on kehittää yhteiskuntaa ja viedä sitä eteenpäin. Ongelmaan löydetään ratkaisut kysymysten avulla. Asettamalla kysymykset oikein ja saamalla niihin vastaukset ongelma voidaan ratkaista. (Kananen 2010, 18.)

Tutkimusongelmat:

1. Millaisia käsityksiä hoitotyön opiskelijoilla on kirurgisen potilaan hyvästä haavanhoidosta?
2. Millaisia kehittämistarpeita hoitotyön opiskelijoilla on hyvän haavanhoidon opetukseen?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1 Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu

Tutkimus on kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Kvantitatiivinen tutkimus perustuu asian tulkitsemiseen ja kuvantamiseen tilastojen ja numeroiden avulla. Tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita erilaisista syy- ja seuraussuhteista, luokituista, vertailusta ja numeerisiin tuloksiin perustuvasta ilmiön selittämisestä. Kyseiseen tutkimusmenetelmään sisältyy runsaasti tilastollisia ja laskennallisia analyysimenetelmiä. Kun kyseessä on määrällinen tutkimus, täytyy tietää tarkkaan, mitä tutkitaan, ja määrittää käsitteet mitattaviksi. Määrällisen tutkimuksen kanssa voidaan käyttää laadullista eli kvalitatiivista tutkimusmenetelmää, jossa pyritään ymmärtämään kokonaisvaltaisemmin kohteen merkityksiä ja laatua. Kyseistä menetelmää voidaan käyttää myös, kun pyritään selvittämään kohderyhmän tyytyväisyyttä asioihin. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 41–49; Vilkkä 2007, 36–37.)

Tiedonkeruumenetelmänä kvantitatiivisessa tutkimuksessa käytetään tutkimuslomaketta eli kyselylomaketta. Olemassa olevan teorian pohjalta laaditaan kyselylomake. Kun muuttujat ja niiden riippuvuussuhteet tunnetaan, ilmiö on silloin selvä ja ymmärretty. Sen jälkeen katsotaan, miten olemassa olevat teoriat ja mallit toimivat käytännössä ja millaisia määrällisiä tutkimuksia saadaan käsillä olevasta tutkimuksesta. Tutkimuslomake on väline, jolla aineisto kerätään kohderyhmältä. Tutkimuslomake koostuu erilaisista kysymyksistä, joilla kerätään yksityiskohtaista tietoa ilmiöistä. Tutkimuslomake tulee testata, koska tiedonkeruun jälkeen lomaketta on mahdoton muuttaa. (Kananen 2010, 74.)

Määrällisessä tutkimuksessa valitaan aina sellainen analyysimenetelmä, joka antaa tietoa siitä, mitä ollaan tutkimassa. Aineisto kerätään tutkimusongelmaan liittyvällä kyselylomakkeella (Liite 3). Onnistunut mittari edellyttää seuraavia asioita: täsmällisesti määriteltyä asiaongelmaa, asiaongelmasta täsmällisesti mää-

rittelyä tutkimusongelmaa, teoriaan ja aiempiin tutkimuksiin perehtymistä, teoria pohjalta avainkäsitteiden määrittelyä sekä asioiden välisten riippuvuuksien pohjimista. Määrällinen tutkimusmenetelmä voidaan kohdistaa suurelle kohderyhmälle, ja siinä on yleisemmin käytössä strukturoitu kyselylomake. Tutkimuksen etuna on, että kohderyhmän henkilöiden henkilöllisyys jää tuntemattomaksi. Tämän tutkimuksen aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella, jossa oli myös avoimia kysymyksiä. (Vilkkä 2007, 63,119; Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2013, 195.)

Toisten tutkimusten kyselylomakkeita ei voi mekaanisesti siirtää mittariksi omaan tutkimukseen, vaikka asiaongelma ja tutkimusongelma ovat vastaavanslaisia (Vilkkä 2007, 42). Kyselylomake tarvitsee aina saatekirjeen (Liite 2), jossa kerrotaan tarkoitus, kyselyn tekijät ja yhteystiedot. Lomakkeessa on kaksi osaa, taustatiedot ja kysymykset. Kysymyksillä saadaan vastaus tutkimusongelmiin ja taustatiedoilla voidaan verrata saatua otosta perusjoukkoon ja luokitella tuloksia. Kyselylomakkeen laadinnassa käytetään apuna teoriaa lomakkeen laatimisen järjestyksestä, ulkoasusta ja rakenteesta. Kyselyllä toteutettuun tutkimukseen kuuluu myös heikkouksia, joista tavallisimpia ovat aineiston pinnallisuus sekä epävarmuus siitä, että kyselyyn vastataan rehellisesti ja huolellisesti. Myös kysymysten väärin ymmärrystä on hankala täysin ehkäistä. (Kananen 2010, 92–95; Hirsjärvi ym. 2013, 195.)

Tässä tutkimuksessa ei käytetty mitään valmista mittaria. Teoriatiedon pohjalta kyselylomakkeeseen tehtiin väittämiä haavanhoidon eri osa-alueista. Kyselylomakkeen loppuun laitettiin muutama avoin kysymys, johon vastaajalla oli mahdollisuus tarkentaa vastauksia ja kertoa mielipiteitä kysymyksistä. Avoimilla kysymyksillä haluttiin antaa vastaajalle mahdollisuus kertoa näkemys omasta osaamisestaan haavanhoidossa.

Mittarin esitestaaminen eli pilotointi tarkoittaa, että sen luotettavuutta ja toimivuutta testataan varsinaista tutkimusotosta vastaavalla pienemmällä vastaajajoukolla. Esitestaaminen on erityisen tärkeää silloin, kun käytetään uutta kyseistä tutkimusta varten käytettyä mittaria, eli kyselylomaketta. Esitestauksen yh-

teydessä on hyvä lisätä mittarin loppuun avoin kysymys, jossa vastaaja voi esimerkiksi kertoa, puuttuuko mittarista hänen mielestään jotain oleellista. (Kankunen ym. 2009, 154.)

Kyselylomake testattiin etukäteen viidellä tutkimuksen kohderyhmän jäsenellä. Erästä ryhmästä valittiin viisi kokenutta perus- tai lähihoitajaa. Esitutkittaville lähetettiin kyselylomake 13.5.2015 sähköpostitse. Kohderyhmän jäsenillä kaikilla oli useita vuosia työkokemusta sekä eritasoista kokemusta haavanhoidosta. Epähuomiossa kohderyhmän jäsenille ei lähetetty saatekirjettä kyselylomakkeen mukana. Tästä syystä vastauksia avoimiin kysymyksiin tuli muistakin haavoista kuin kirurgisista haavoista. Kohderyhmän jäsenet eivät olleet ymmärtäneet kysymyksiä tutkimuksen tekijöiden tarkoittamalla tavalla. Tästä syystä kyseisiä lomakkeita ei hyväksytty opinnäytetyön lopullisiin tuloksiin mukaan. Esitestauksen jälkeen saatelomaketta tarkennettiin ja kyselylomakkeeseen tehtiin pieniä muutoksia.

4.2 Kohderyhmä ja sen rajaus

Lähtökohtana on se, että kaikki tutkimukseen valitut henkilöt saataisiin vastaamaan. Tämä ei onnistu koskaan. Riittävä vastausmäärä riippuu tilanteesta, ja se huomioidaan tutkimustulosten tulkinnessa. (Kananen 2010, 92–95.)

Kohdejoukolle laadittiin saatekirje, jossa selitettiin tutkimuksen tarkoitus. Saatekirjeen asiat kerrottiin alkuinfossa vastaajille. Kyselylomake sisälsi väittämiä ja avoimia kysymyksiä. Avoimet kysymykset olivat kyselyn lopussa ja koskivat vastaajan omaa mielipidettä asioihin. Avoimien kysymysten avulla toivottiin saatavan esille näkökulmia, jotka kysymyksillä eivät muuten tulleet esille. Taustatietokysymyksistä ei tullut ilmi vastaajan henkilöllisyys, joten vastaajat säilyvät anonymieinä. Väittämiin vastattiin Likert-asteikolla. Asteikko on järjestysasteikko, joka on erittäin käytetty mielipideväittämissä. Perusideana on se, että keskikohdasta toiseen suuntaan samanmielisyys kasvaa ja toiseen suuntaan vähe-

nee. Likert-asteikko muodostuu seuraavasti: 5 = täysin samaa mieltä, 4 = osittain samaa mieltä, 3 = en samaa, enkä eri mieltä, 2 = osittain eri mieltä ja 1 = täysin eri mieltä. (Hirsjärvi ym. 2013, 193 – 199; Kananen 2010, 92–95; Vilkkä 2007, 46.)

Ohjaavien opettajien kanssa sovittiin, että 20.5. olisi sopiva päivä tutkimuksen tekemiseen koululla. Koululla oli 20.5.2015 ensiapu-päivä, johon osallistui kuusi eri opiskeluvaiheessa olevaa hoitotyön opiskelijaryhmää. Aamulla noin 120 opiskelijaa kokoontui auditorioon, jossa opettajat kertoivat tulevan päivän ohjelman. Yksi kohta päivän rasteista oli kyselylomakkeeseen vastaaminen. Ohjaava opettaja antoi ohjeet lomakkeen täyttämisestä ja palauttamisesta. Lomakkeen palauttaminen tapahtui iltapäivällä ensiapupäivän loputtua. Kaikille vastanneille ja lomakkeen palauttaneille annettiin kiitokseksi pieni makeinen. Kansainväliset opiskelijat eivät voineet osallistua kyselyyn, koska puutteellinen kieli-taito ei olisi välttämättä antanut riittävän luotettavia vastauksia kysymyksiin. Lomakkeita jaettiin 105 opiskelijalle, ja niitä palautui 83 kappaletta.

4.3 Aineiston käsittely ja analysointi

Tutkimusta tehdessä tulee olla puolueeton eli objektiivinen. Havaintojen tuottaminen määrällisessä tutkimusmenetelmässä tarkoittaa sitä, että muuttujat ja koodit määritellään ennen kuin aloitetaan aineiston kerääminen. (Vilkkä 2007 16–17.) Monivalintakysymyksillä saadut tiedot syötetään lomakkeelta tietokoneelle, jotka käsitellään SPSS-tilasto-ohjelman avulla. Tämä ohjelma antaa valmiita taulukoita ja kaavioita tuloksista. Näin tuloksia voidaan vertailla ja analysoida eri muuttujien välillä. Avoimet kysymykset käsiteltiin ja hyödynnettiin loppuraportissa. Tutkimustieto käsitellään ja esitetään numeerisessa muodossa. (Vilkkä 2007 13–14.)

Aineiston analyysissä käytettiin SPSS-tilasto-ohjelmaa (Statistical Package for Social Sciences), joka on yleisimmin käytetty ohjelma hoitotieteellisten aineisto-

jen analysoinnissa. Aineiston analyysiä helpottavat hyvin suunniteltu ja asianmukainen mittari sekä aineiston huolellinen tallentaminen. (Kankkunen ym. 2009, 100–101.)

Tässä opinnäytetyössä käytettiin frekvenssiä (n) ja frekvenssijakaumaa (%) tulosten esittämisessä sekä vertailtiin joitakin muuttujia ristiintaulukoinnilla. Kyselylomakkeen mielipideväittämissä käytettiin 5-portaista Likertin asteikkoa. Väitämät jakautuivat osioihin ravitsemus, kipu, liikkuminen, aseptiikka, ohjaus ja kirjaaminen.

Opinnäytetyön aineisto kerättiin yhden päivän aikana (20.5.2015) strukturoidulla kyselylomakkeella, joka sisälsi myös avoimia kysymyksiä. Kyselylomakkeita tulostettiin 110 kappaletta, joista jaettiin tutkimustilanteessa 105 kappaletta. Tutkimuskysely tehtiin yhteensä 105:lle hoitoalan opiskelijalle, joista kyselyyn vastasi 83 hoitoalan opiskelijaa. Vastauksista hylättiin yksi kyselylomake epäselvyyksien vuoksi. Esitestattuja lomakkeita ei huomioitu lopullisissa tuloksissa. Jokainen palautettu lomake numeroitiin, joten vastausten analysointi oli luotettavaa ja vastaukset pystyttiin kohdentamaan oikein.

Opinnäytetyön aineisto analysoitiin vastausajan päätyttyä numeroimalla ja tarkastamalla kyselylomakkeet. Yhdessä kyselylomakkeessa oli puutteita, taustatiedot oli jätetty täyttämättä kokonaan ja vastausvaihtoehtoja oli vastattu useita yhteen kysymykseen. Tämä kyselylomake hylättiin lopullisista tuloksista. Tämän jälkeen vastaukset koottiin ensin Microsoft Office Excel -ohjelmalla taulukoiksi ja siirrettiin myöhemmin SPSS-ohjelmaan koululla.

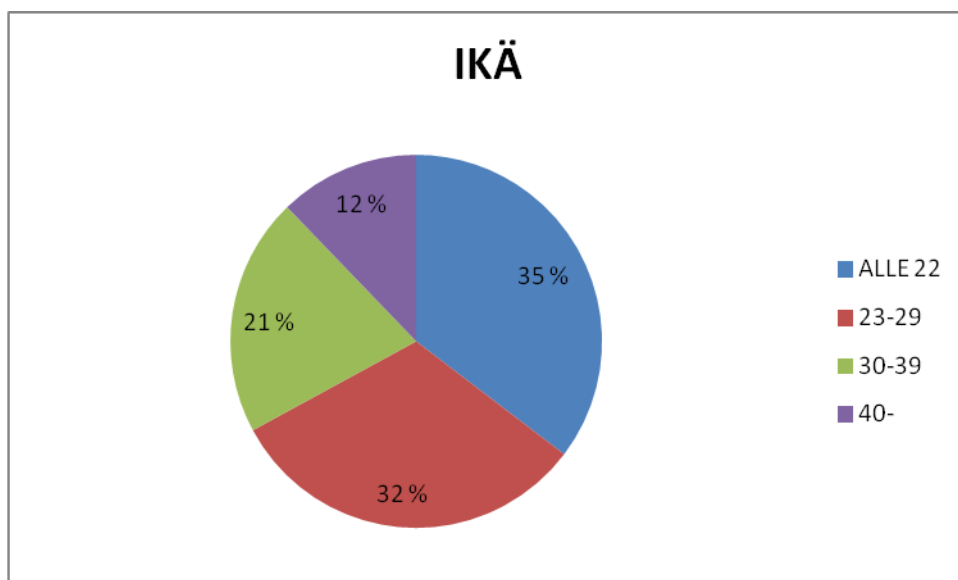
5 TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Taustatiedot

Tutkimuskysely tehtiin yhteensä 105:lle hoitotyön opiskelijalle, joista kyselyyn vastasi 79 % eli 83 hoitotyön opiskelijaa. Vastauksista hylättiin yksi, koska siihen ei ollut täytetty taustatietoja ollenkaan ja vastaukset olivat epäselviä.

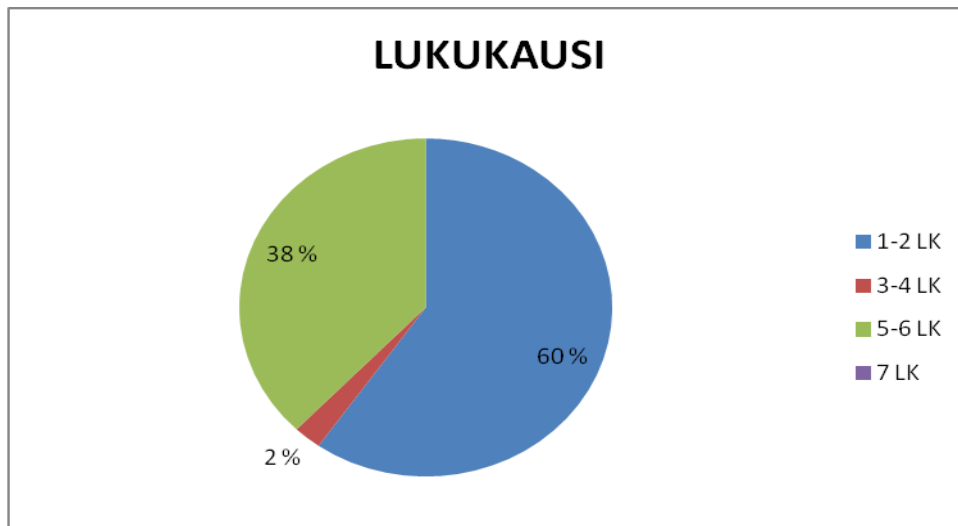
Tutkimuskyselyn alussa kysyttiin taustatietoja, kuten ikä, opiskelulukuvuosi, alan työkokemus, alan aiempi koulutus ja onko vastaaja sairaan- vai terveydenhoitajaopiskelija. Näitä seurasi 30 väittämää kuudesta haavanhoidon osa-alueesta: ravitsemus, kipu, liikkuminen, aseptiikka, ohjaaminen ja kirjaaminen. Kyselylomakkeen lopussa oli hyvän haavanhoidon opetuksesta neljä avointa kysymystä.

Vastaajien ikäjakauma (Kuvio 3) oli alle 22-vuotiaista yli 40-vuotiaisiin. Suurin osa vastaajista oli alle 22-vuotiaita, 29 henkilöä (35 %), ja vähiten yli 40-vuotiaita 10 henkilöä (12 %).



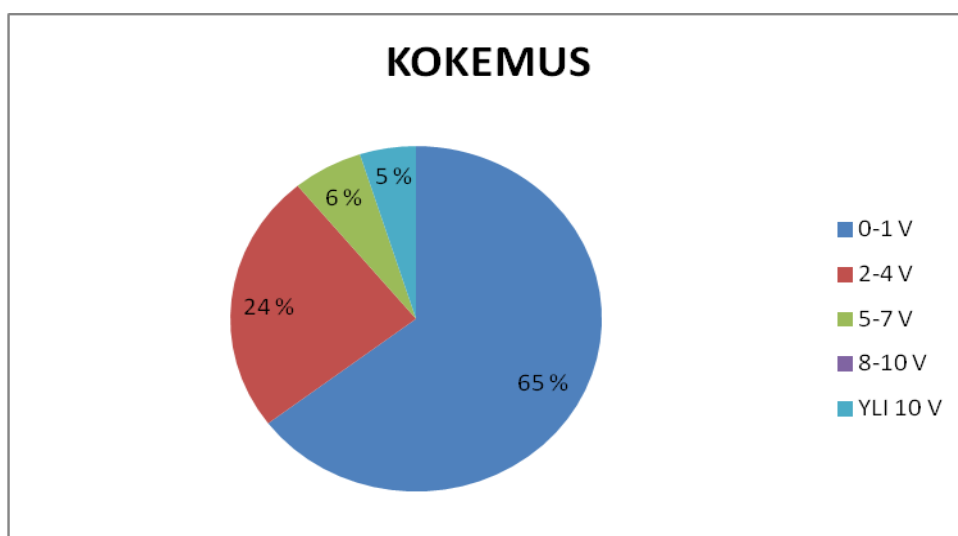
Kuvio 3. Hoitotyön opiskelijoiden ikäjakauma.

Suurimmalla osalla vastaajista oli menossa 1. – 2. Lukukausi. Näitä oli yhteensä 49 henkilöä eli 60 % kaikista vastaajista (Kuvio 4). Sairaanhoidajaopiskelijoita vastaajista oli suurin osa, 71 henkilöä (87 %), ja loput 11 henkilöä terveydenhoitajaopiskelijoita (13 %).



Kuvio 4. Hoitotyön opiskelun vaihe lukukausittain.

Aiempaa alan koulutusta oli 30 vastaajalla (37 %:lla), ja 52 vastaajaa (63 %) olivat sellaisia, joilla ei ollut minkäänlaista alan aiempaa koulutusta. 53 (65 %) vastaajista kertoi, että heillä on alan työkokemusta alle vuosi ja 4 (5 %), että kokemusta oli yli 10 vuotta (Kuvio 5).



Kuvio 5. Hoitotyön opiskelijoiden työkokemus hoitotyössä.

Tyypillisimmäksi vastaajaksi kyselyymme muodostui siis alle 22 vuotias 1. – 2. lukukautta opiskeleva sairaanhoitajaopiskelija, jolla oli työkokemusta alalta alle vuosi.

5.2 Hoitotyön opiskelijoiden käsitys kirurgisen potilaan hyvästä haavanhoidosta

Ennen tuloksia koskevan osuuden kirjoittamista tutkijan on syytä tarkistaa, että tutkimusongelmiin on saatu vastaus. Kaikkia tutkimuskysymyksiä on tarkasteltava, oli niihin saatu vastaus tai ei, sillä vastauksen puuttuminenkin on vastaus. (Hirsjärvi ym. 2013, 262.)

Kirurgisen potilaan hyvästä haavanhoidosta kysyttiin ensin 30 väittämällä, johon vastaaja vastasi Likert-asteikolla. Asteikossa ääripäinä ovat 5 = täysin samaa mieltä ja 1 = täysin eri mieltä, neutraalina muotona 3 = en samaa enkä eri mieltä. Kyselylomakkeissa oli joitakin vastauskohtia jätetty myös tyhjäksi, ja se selittää, miksi yhteenlasketut prosentit eivät kaikissa kohdissa ole 100 %. Kyselylomakkeen 5-portaisesta Likertin asteikkoa muutimme vastausten käsittelyvaiheessa ja raportoinnissa 3-portaiseksi. Täysin samaa mieltä (5) ja osittain samaa mieltä (4) vastaukset on laskettu raportissa yhteen, samoin täysin eri mieltä (1) ja osittain eri mieltä (2) vastaukset on laskettu yhteen. En samaa enkä eri mieltä (3) on pysynyt lopputuloksissa omana vastauksenaan.

Kaikki väittämät on koottu haavanhoidon osa-alueittain taulukoiksi, joista näkyy vastaukset prosentteina ja lukuina. Jokaisesta osa-alueesta on myös tehty pylväsdiagrammi, taulukon alapuolelle, jonka avulla voi hahmottaa miten vastaukset jakautuivat.

Ristiintaulukointi tehtiin aluksi väittämistä ja taustatiedoista: iän, lukukauden ja kokemuksen kanssa. Ikä ja lukukausi eivät antaneet tuloksiin riittävästi eroja ja katsoimme parhaaksi käyttää kokemusta ristiintaulukoinnissa lopputuloksia

raportoitaessa. Ristiin taulukointiin valittiin jokaisesta haavanhoidon osa-alueesta yksi väittämä raporttiin, jossa oli eniten hajontaa. Vastaja saattoi olla minkä ikäinen tahansa, vasta koulun aloittanut, mutta kun kokemusta alalta oli jo useita vuosia, se heijastui vastauksiin positiivisena tietona. Lisätietoa raporttiin käytetyistä ristiintaulukoinnin luvuista on lisätty liitteisin.

5.2.1 Ravitseminen osana haavanhoitoa

Väittämissä 1 – 6 kysyttiin ravitsemuksen osuudesta hyvässä haavanhoidossa. Huono ja puutteellinen ravitseminen lisää infektioriskiä ja hidastaa haavojen paranemista kaikkien vastaajien mielestä 100 % (n= 82). Heistä kaikki olivat täysin samaa tai osittain samaa mieltä asiasta. Haavan paraneminen lisää energian ja happivarastojen kulutusta väittämän kanssa 78 % (n= 64) oli asiasta täysin samaa tai osittain samaa mieltä, 13 % (n= 11) ei samaa eikä eri mieltä ja 6 % (n= 5) olivat osittain tai täysin eri mieltä.

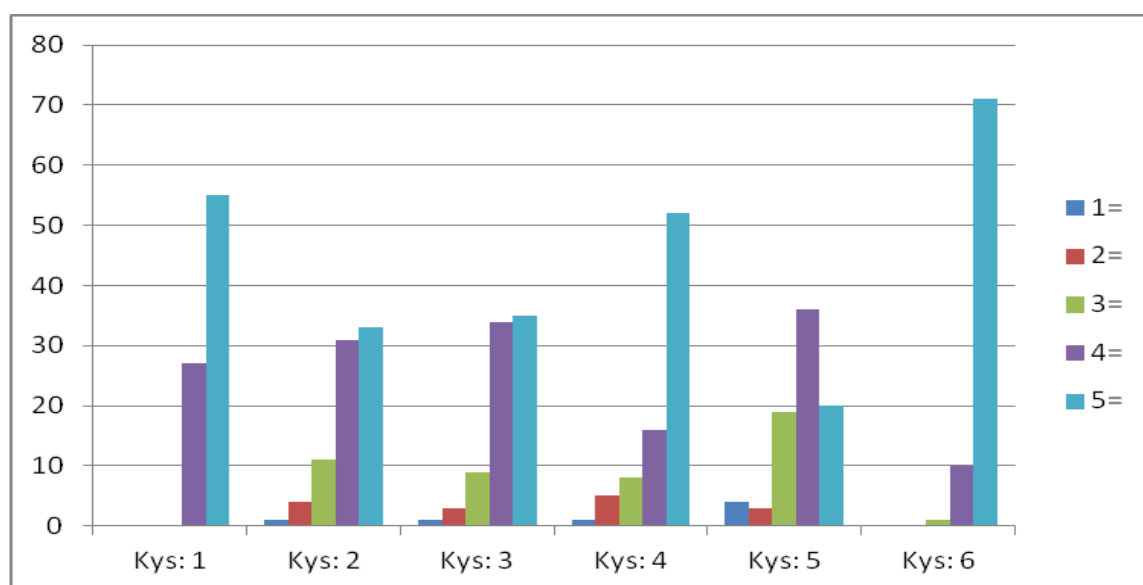
Haavaerityksen määrän merkityksestä hyvälle haavanhoidolle 11 % (n= 9) ei osannut sanoa, onko samaa vai eri mieltä, mutta 84 % (n= 69) oli täysin samaa tai osittain samaa mieltä, siitä että haavaerityksen määrä vaikuttaa nestetasapainoon. Runsasenerginen ja proteiinipitoinen ruoka edistää haavan paranemista 83 %:n (n= 68) mielestä. 10 % (n= 8) ei ollut samaa eikä eri mieltä ja 7 % (n= 6) vastaajista oli osittain tai täysin eri mieltä väittämän kanssa.

Eniten epävarmuutta herättivät ravintovalmisteiden vaikutus haavan paranemiseen. 23 % (n= 19) vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä väittämän kanssa, sen sijaan 68 % (n= 56) oli täysin tai osittain samaa mieltä ja 9 % (n= 7) oli täysin tai osittain eri mieltä. Lähes kaikki olivat kuitenkin sitä mieltä, että potilaan ravitsemusta on tärkeä arvioida ja tukea päivittäin sekä kirjata se potilasasiakirjoihin. 1 % (n= 1) vastaajista ei osannut sanoa, onko samaa vai eri mieltä (Taulukko 1).

Taulukko 1. Hoitotyön opiskelijoiden käsitys ravitsemuksesta osana hyvää haavanhoitoa.

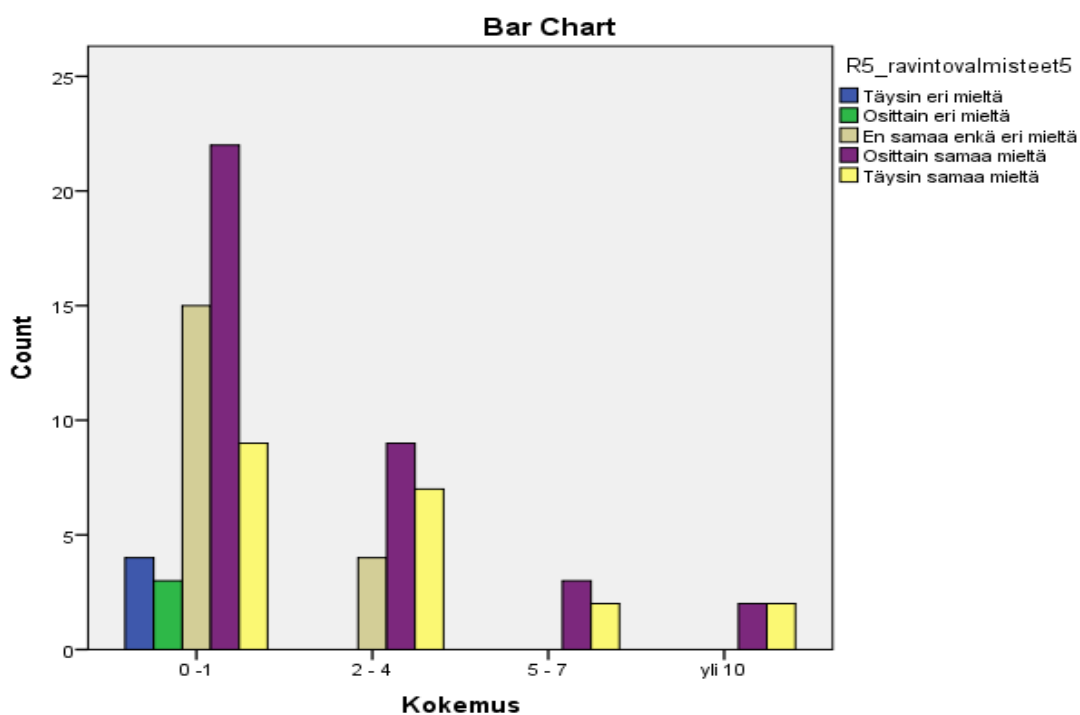
RAVITSEMUS	5	4	3	2	1
1. Mielestäni huono ja puutteellinen ravitsemus lisää infektioriskiä ja hidastaa haavojen paranemista.	n= 55 67 %	n= 27 33 %	n= 0 0 %	n= 0 0 %	n= 0 0 %
2. Yleensä haavan paraneminen lisää energian ja happivarastojen kulutusta.	n= 33 40 %	n= 31 38 %	n= 11 13 %	n= 4 5 %	n= 1 1 %
3. Haavaerityksen määrä vaikuttaa nestetasapainoon.	n= 35 43 %	n= 34 41 %	n= 9 11 %	n= 3 4 %	n= 1 1 %
4. Runsasenerginen ja proteiinipitoinen ruoka edistää haavan paranemista.	n= 52 63 %	n= 16 20 %	n= 8 10 %	n= 5 6 %	n= 1 1 %
5. Mielestäni ravintovalmisteiden (tehojuomat ja -vanukkaat) käytöllä on merkitystä potilaan haavojen paranemisessa.	n= 20 24 %	n= 36 44 %	n= 19 23 %	n= 3 4 %	n= 4 5 %
6. Mielestäni hoitotyössä on tärkeää tukea potilaan ravitsemusta, arvioida päivittäin sen toteutuminen ja riittävyys, sekä kirjata huolellisesti potilasasiakirjoihin ravitsemuksen toteutuminen.	n= 71 87 %	n= 10 12 %	n= 1 1 %	n= 0 0 %	n= 0 0 %

Hajontaa vastauksissa ilmeni eniten väittämässä 2–5, pylväsdiagrammi havainnollistaa hajonnan vastauksissa (Kuvio 6).



Kuvio 6. Väittämät 1–6. Ravitsemusväittämien mielipidehajonta.

Suurin hajonta vastauksissa tuli väittämässä 5, jossa väitettiin ravintovalmisteiden käytöllä olevan merkitystä potilaan haavojen paranemisessa. Ristiintaulukoinnilla haluttiin selvittää, onko kokemuksella merkitystä ravintovalmisteiden käyttöön haavanhoidossa. Kaikki vastaajat, joilla oli yli 5 vuotta kokemusta olivat täysin tai osittain samaa mieltä ravintovalmisteiden hyödyllisyydestä haavanhoidossa. Ei samaa eikä eri mieltä olivat 20 % (n= 4) 2–4 vuotta työkokemusta omaavista ja 28,3 % (n= 15) alle vuoden omaavista. Täysin tai osittain eri mieltä olivat 13,2 % (n= 7) alle vuoden työkokemuksen omaavat (Kuvio 7). Lisätietoa ristiintaulukoinnista (Liite 4, Taulukko 1.) lukuina.



Kuvio 7. Väittämä 5. Mielestäni ravintovalmisteiden (tehojuomat ja – vanukkaat) käytöllä on merkitystä potilaan haavojen paranemisessa.

5.2.2 Kivun hallinta osana haavanhoitoa

Väittämissä 7–12 kysyttiin kivun osuudesta hyvään haavanhoitoon. Kivuliaan potilaan hengitysfrekvenssi suurenee, syketaajuus kasvaa, verenpaine nousee, sekä perifeeriset suonet supistuvat, vastaajista 95 % oli täysin tai osittain samaa mieltä (n= 78). Samoin 95 % (n= 78) vastaajista oli täysin tai osittain samaa mieltä kivun ulkoisista merkeistä.

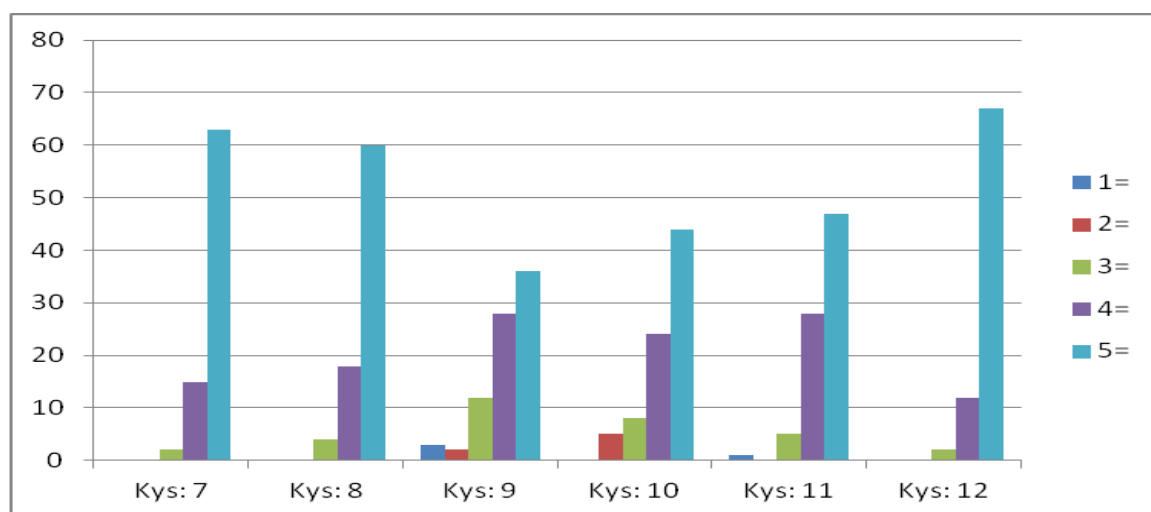
Erilaiset viilentämismenetelmät ovat osa kivunhoitoa väittämän kanssa, täysin tai osittain samaa mieltä oli 78 % (n= 64). 15 % (n= 12) ei ollut samaa eikä eri mieltä viilentämismenetelmistä. Kivun voimakkuuden vaihtelusta vuorokauden mukaan 83 % (n= 68) oli täysin, tai osittain samaa mieltä. Ei samaa, eikä eri mieltä oli 10 % (n= 8), ja 6 % (n= 5) oli asiasta osittain eri mieltä.

Aiemmat kiputuntemukset muokkaavat kipukokemusta ajatteli 91 % (n= 75) vastaajista. 6 % (n= 5) ei ollut samaa eikä eri mieltä väittämän kanssa. Kivunhoidon psykologisista menetelmistä täysin samaa tai osittain samaa mieltä oli 97 % (n= 79) (Taulukko 2).

Taulukko 2. Hoitotyön opiskelijoiden käsitys kivun hallinnasta osana hyvää haa-
vanhoitoa.

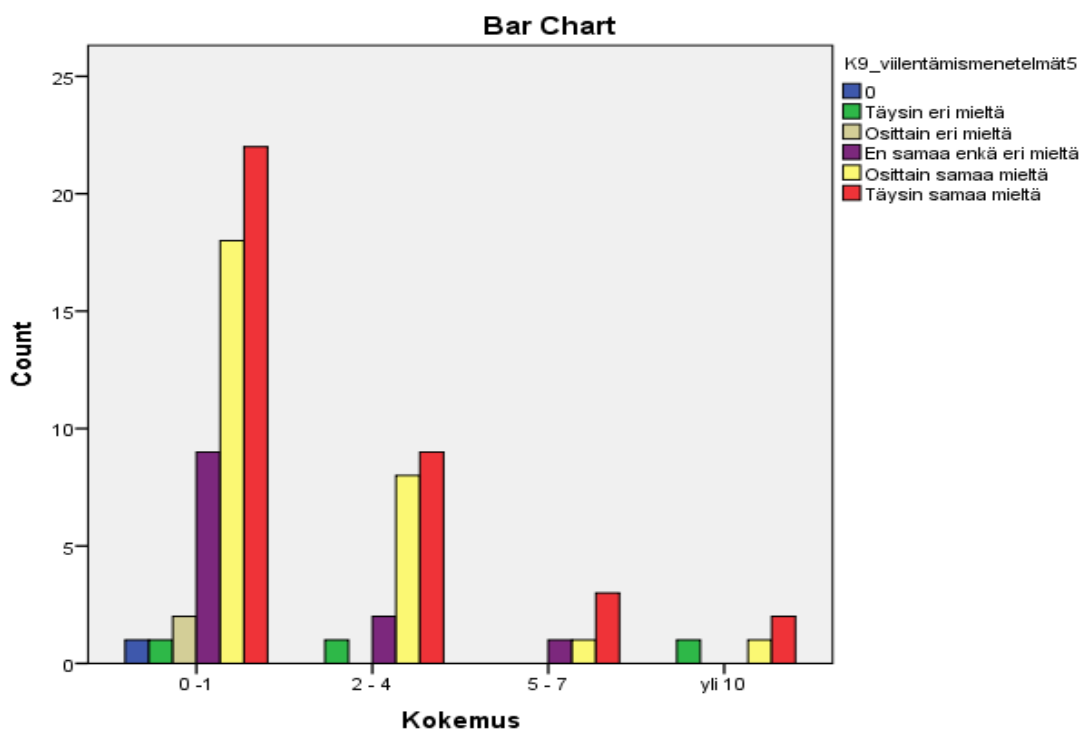
KIPU	5	4	3	2	1
7. Kivuliaan potilaan hengitysfrekvenssi suurenee, syketäajuus kasvaa, verenpaine nousee, sekä perifeeriset verisuonet supistuvat.	n= 63 77 %	n= 15 18 %	n= 2 2 %	n= 0 0 %	n= 0 0 %
8. Ulkoisina merkkeinä kivussa voi esiintyä ihon kalpeutta, palelemista, tärisemistä, pahoinvointia, sekä oksentelua.	n= 60 73 %	n= 18 22 %	n= 4 5 %	n= 0 0 %	n= 0 0 %
9. Erilaiset viilentämismenetelmät ovat osa kivunhoitoa.	n= 36 44 %	n= 28 34 %	n= 12 15 %	n= 2 2 %	n= 3 4 %
10. Kivun voimakkuus voi vaihdella vuorokauden mukaan.	n= 44 54 %	n= 24 29 %	n= 8 10 %	n= 5 6 %	n= 0 0 %
11. Aiemmat kiputuntemukset muokkaavat kipukokemusta.	n= 47 57 %	n= 28 34 %	n= 5 6 %	n= 0 0 %	n= 1 1 %
12. Mielestäni kivunhoitoa ovat myös psykologiset menetelmät esim. keskustelu, huumori ja rentoutuminen.	n= 67 82 %	n= 12 15 %	n= 2 2 %	n= 0 0 %	n= 0 0 %

Kipua koskevissa väittämissä vastaajat olivat suurimmaksi osaksi täysin tai osittain samaa mieltä, mutta hajontaakin tuli väittämissä 9 ja 10, pylväsdiagrammi havainnollistaa hajonnan vastauksissa (Kuvio 8).



Kuvio 8. Väittämät 7–12. Kipuväittämien mielipidehajonta.

Kipuosiiossa suurin hajonta tuli väittämässä 9, jossa väitettiin, että erilaiset viilentämismenetelmät ovat osa kivunhoitoa. Yli 10 vuotta kokemusta omaavista 75 % (n= 3) eli kolme vastaajaa oli täysin tai osittain samaa mieltä ja 25 % (n=1) täysin eri mieltä. Alle yksi vuotta työkokemusta omaavista vastaajista 75,5 % (n= 40) oli täysin tai osittain samaa mieltä, 5,7 % (n= 3) oli täysin tai osittain eri mieltä ja 17% (n= 9) ei ollut samaa eikä eri mieltä väitteen kanssa (Kuvio 9). 0-vastauksia oli yksi, eli kysymykseen ei ollut vastattu ollenkaan. Lisätietoa ristiintaulukoinnista (Liite 4, Taulukko 2.) lukuina.



Kuvio 9. Väittämä 9. Erilaiset viilentämismenetelmät ovat osa kivunhoitoa.

5.2.3 Liikkuminen osana haavanhoitoa

Väittämissä 13–17 kysyttiin liikkumisen osuudesta hyvään haavanhoitoon. Täysin samaa tai osittain samaa mieltä asentohoidon osuudesta kivunhoitoon oli 95 % (n= 78) vastaajista. Liikerajoitusten huomiotta jättäminen voi aiheuttaa komplikaatioita, ajatteli 96 % (n= 79).

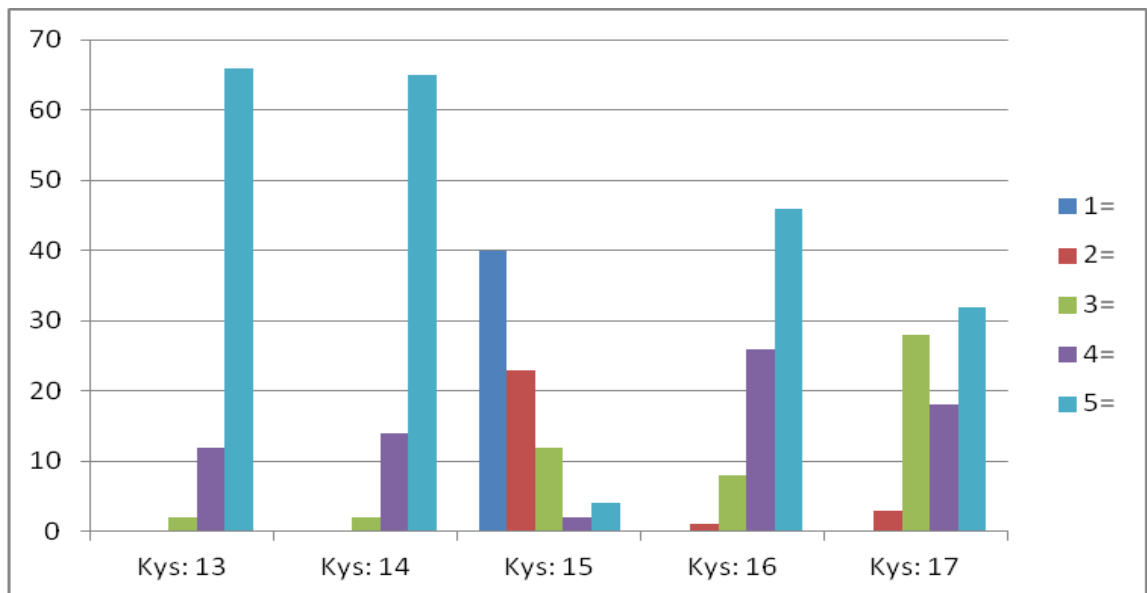
Liikunnalla ei ole merkitystä haavan paranemiseen väitettiin yhdessä väittämässä, ja tästä täysin eri mieltä tai osittain eri mieltä oli 77 % (n= 63) vastaajista. 15 % (n= 12) ei ollut samaa eikä eri mieltä, ja 7 % (n= 6) oli täysin tai osittain samaa mieltä väittämän kanssa. Nilkkojen koukistelun hyödyistä ja tehokkuudesta 88 % (n= 72) oli täysin samaa tai osittain samaa mieltä ja 10 % (n= 8) ei ollut samaa, eikä eri mieltä.

Pulloon puhallusharjoituksen hyödyllisyyden merkityksestä leikkauspotilaan kuntoutumisessa ja komplikaatioiden ehkäisemisessä täysin tai osittain samaa mieltä oli 61 % (n= 50) vastaajista, ja 34 % (n= 28) ei ollut samaa eikä erimieltä (Taulukko 3).

Taulukko 3. Hoitotyön opiskelijoiden käsitys liikkumisesta osana hyvää haavanhoitoa.

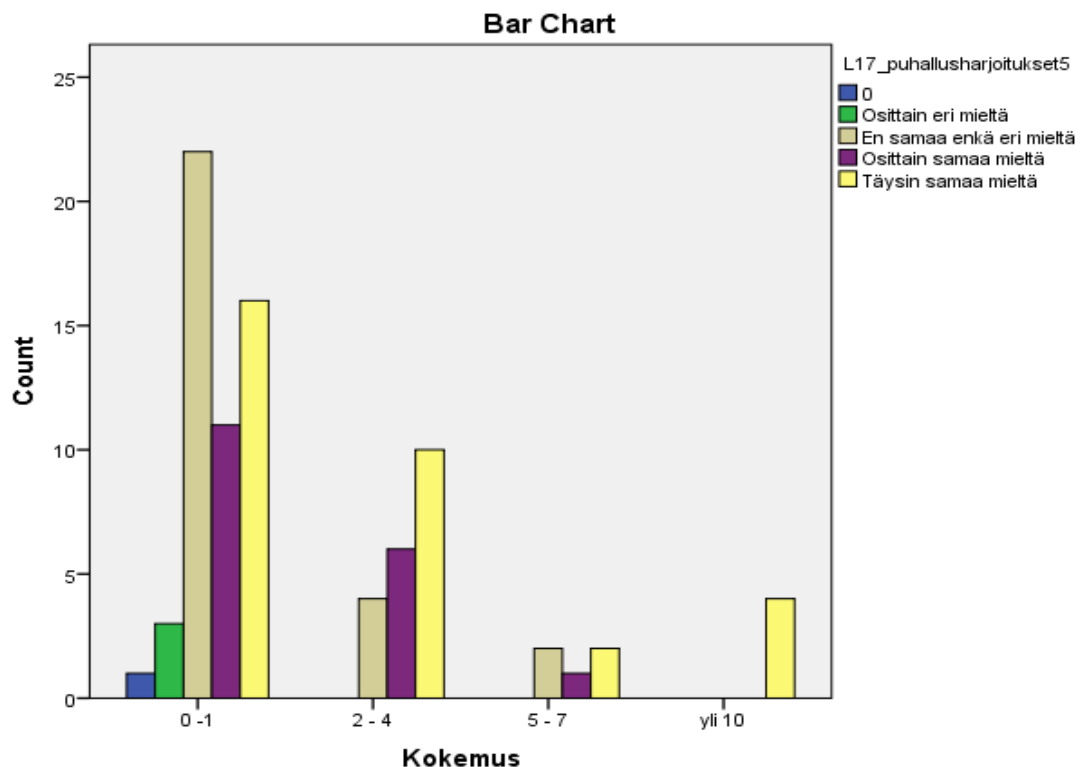
LIKKUMINEN	5	4	3	2	1
13. Mielestäni asentohoito on osa kivunhoitoa.	n= 66 80 %	n= 12 15 %	n= 2 2 %	n= 0 0 %	n= 0 0 %
14. Liikerajoitusten huomiotta jättäminen voi aiheuttaa komplikaatioita.	n= 65 79 %	n= 14 17 %	n= 2 2 %	n= 0 0 %	n= 0 0 %
15. Liikkumisella ei ole merkitystä haavan paranemiseen.	n= 4 5 %	n= 2 2 %	n= 12 15 %	n= 23 28 %	n= 40 49 %
16. Nilkkojen koukistelu vuoteessa tyhjentää säären laskimot ja edistää verenkiertoa ja on näin ollen tehokas harjoitus.	n= 46 56 %	n= 26 32 %	n= 8 10 %	n= 1 1 %	n= 0 0 %
17. Pulloon puhallusharjoitukset ovat tärkeitä leikkauspotilaan kuntouttamisessa ja komplikaatioiden ehkäisemisessä.	n= 32 39 %	n= 18 22 %	n= 28 34 %	n= 3 4 %	n= 0 0 %

Liikkumisen osa-alueessa hajontaa tuli 15–17 väittämissä eniten, pylväsdiagrammi havainnollistaa hajonnan vastauksissa (kuvio 10).



Kuvio 10. Väittämät 15–17. Liikkumisen väittämien mielipidehajonta.

Ristiintaulukoinnilla haluttiin selvittää työkokemuksen osuutta puhallusharjoitusten merkittävyyteen. Yli 10 vuotta työkokemusta omaavat olivat 100 % (n= 4) täysin samaa mieltä puhallusharjoitusten merkityksellisyydestä kuntoutumisessa ja komplikaatioiden ehkäisyssä. Kun kokemusta oli yli 5 vuotta, 60 % (n= 3) vastaajista oli täysin tai osittain samaa mieltä ja 40 % (n= 2) ei ollut samaa, eikä eri mieltä. Alle vuoden työkokemusta omaavista vastaajista täysin tai osittain eri mieltä oli 5,7 % (n= 3) ja ei samaa eikä eri mieltä 41,5 % (n= 22) vastaajista. Täysin tai osittain samaa mieltä oli 51 % (n= 27) vastaajista (Kuvio 11). Täysin eri mieltä vastauksia ei ollut ollenkaan, ja tämän takia pylväs puuttuu kuviosta. 0-vastauksia oli yksi, eli kysymykseen ei ollut vastattu ollenkaan. Lisätietoa ristiintaulukoinnista (Liite 4, Taulukko 3.) lukuina.



Kuvio 11. Väittämä 17. Pulloon puhallusharjoitukset ovat tärkeitä leikkauspotilaan kuntouttamisessa ja komplikaatioiden ehkäisemisessä.

5.2.4 Aseptiikka osana haavanhoitoa

Väittämissä 18–21 kysyttiin aseptiikan osuudesta hyvään haavanhoitoon. Aseptisilla työtavoilla pyritään estämään kudosten ja steriilien materiaalien kontaminoituminen, tiesi 98 % (n= 81) vastaajista. Haavanhoidossa tulee noudattaa aseptista työjärjestystä, puhtaasta likaiseen, ajatteli 96 % (n= 79) vastaajista. 2 % (n= 2) sen sijaan oli täysin eri mieltä väittämän kanssa.

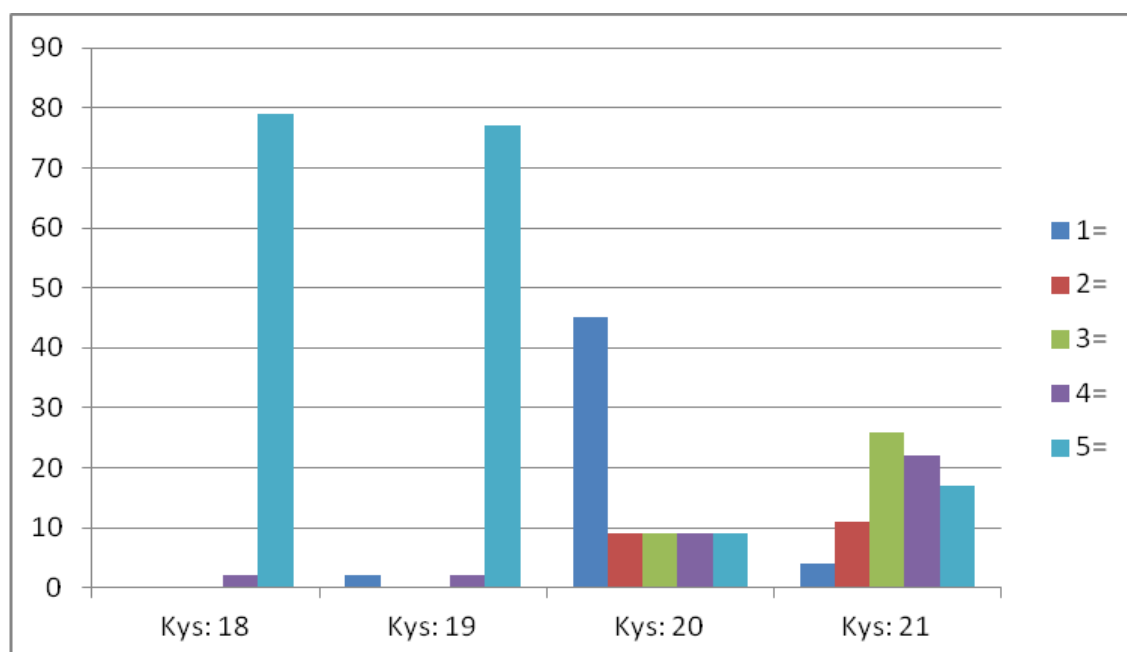
Alle 24 tuntia leikkaushaavaa käsiteltäessä riittää tehdaspuhtaat hanskat, väittämän kanssa 66 % (n= 54) oli täysin eri mieltä tai osittain eri mieltä. 22 % (n= 18) oli täysin samaa tai osittain samaa mieltä ja 11 % (n= 9) ei ollut samaa eikä eri mieltä.

Lämmön ylläpitäminen haava-alueella edesauttaa haavojen paranemisprosessissa väittämään vastasi, täysin samaa tai osittain samaa mieltä 48 % (n= 39) vastaajista, 32 % (n= 26) ei ollut samaa eikä eri mieltä ja 18 % (n=15) oli täysin eri mieltä tai osittain eri mieltä lämmön ylläpitämisestä (Taulukko 4).

Taulukko 4. Hoitotyön opiskelijoiden käsitys aseptiikasta osana hyvää haavanhoitoa.

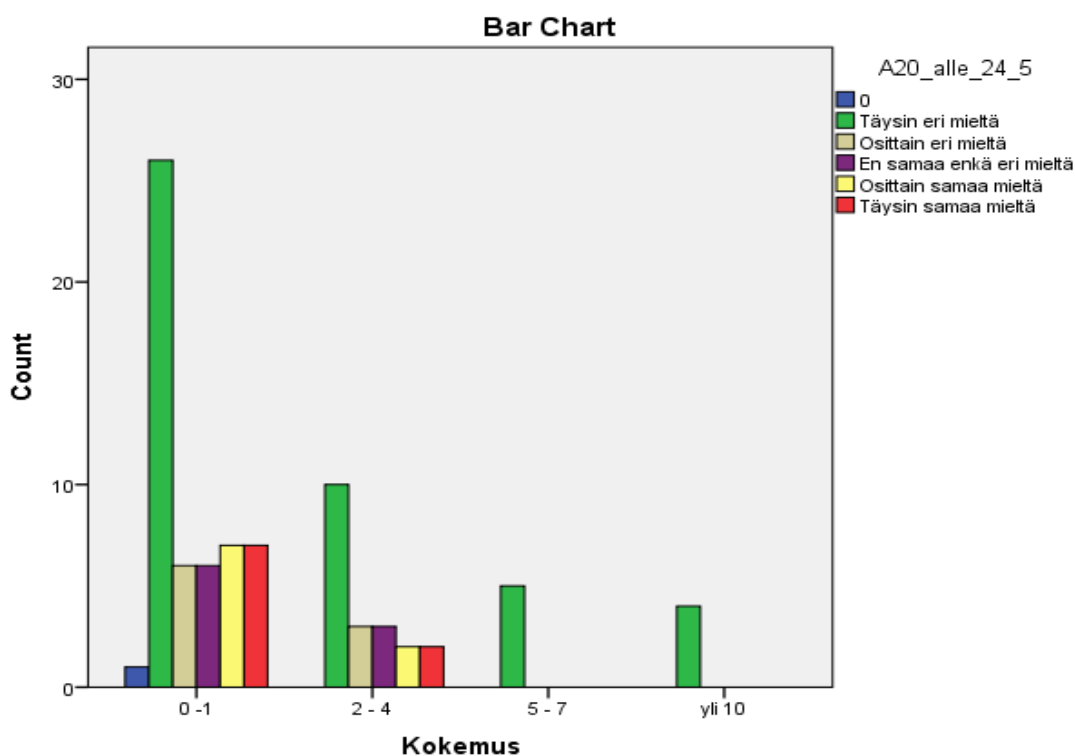
ASEPTIIKKA	5	4	3	2	1
18. Aseptisilla työtapoilla pyritään estämään kudosten ja steriilien materiaalien kontaminoituminen.	n= 79 96 %	n= 2 2 %	n= 0 0 %	n= 0 0 %	n= 0 0 %
19. Haavanhoidossa tulee noudattaa aseptista työjärjestystä puhtaasta likaiseen.	n= 77 94 %	n= 2 2 %	n= 0 0 %	n= 0 0 %	n= 2 2 %
20. Alle 24h leikkaushaavaa käsiteltäessä riittää tehdaspuhtaiden hanskojen käyttö.	n= 9 11 %	n= 9 11 %	n= 9 11 %	n= 9 11 %	n= 45 55 %
21. Lämmön ylläpitäminen haava-alueella edesauttaa haavojen paranemisprosessia.	n= 17 21 %	n= 22 27 %	n= 26 32 %	n= 11 13 %	n= 4 5 %

Aseptiikan osiossa väittämät 20 ja 21 jakoivat mielipiteitä, pylväsdiagrammi havainnollistaa hajonnan vastauksissa (Kuvio 12).



Kuvio 12. Väittämät 18–21. Aseptiikan väittämien mielipidehajonta.

Alle 24 tuntia leikkaushaavaa käsiteltäessä riittää tehdaspuhtaiden hanskojen käyttö väittämästä täysin eri mieltä olivat kaikki, joilla oli yli viisi vuotta työkokemusta. Vastaajista, joilla oli kokemusta 2–4 vuotta, oli täysin tai osittain eri mieltä 75 % (n= 13). 15 % (n= 3) ei ollut samaa eikä eri mieltä, ja 20 % (n= 4) oli täysin samaa tai osittain samaa mieltä. Alle vuoden kokemusta omaavista 60,4 % (n= 34) oli täysin tai osittain eri mieltä, ja 11,3 % (n= 6) ei samaa, eikä eri mieltä. 26,4 % (n= 14) oli täysin tai osittain samaa mieltä 24 tuntia vanhan leikkaushaavan käsittelystä (Kuvio 13). Lisätietoa ristiintaulukoinnista (Liite 4, Taulukko 4.) lukuina.



Kuvio 13. Väittämä 20. Alle 24h leikkaushaavaa käsiteltäessä riittää tehdaspuhtaiden hanskojen käyttö.

5.2.5 Ohjaaminen osana haavanhoitoa

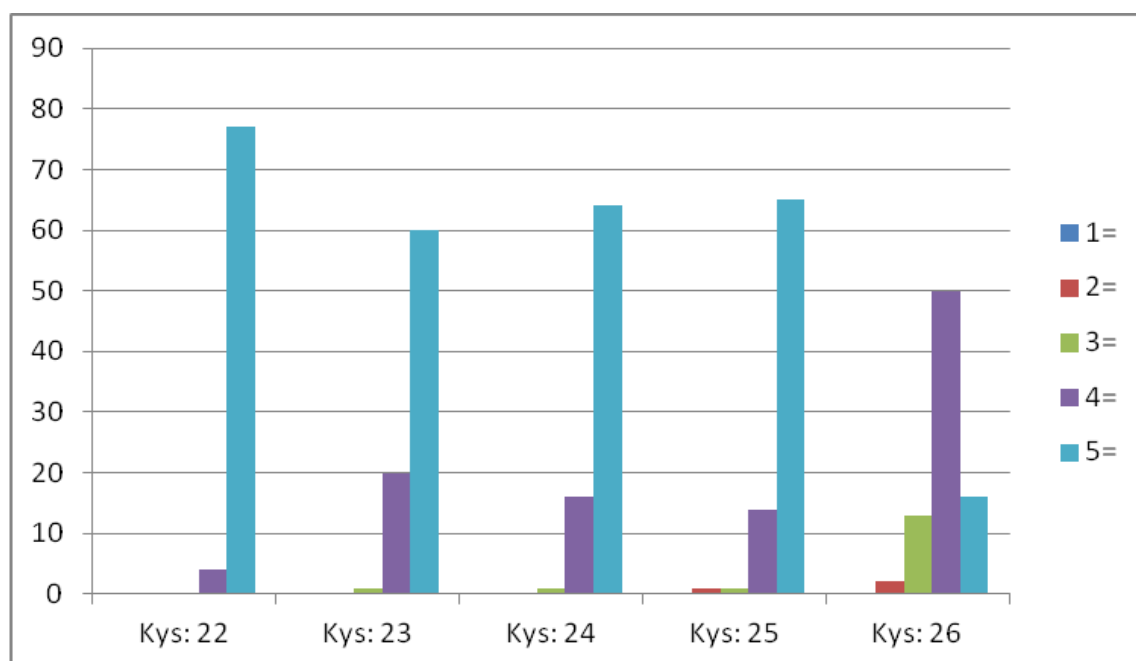
Väittämissä 22–26 kysyttiin ohjaamisen osuudesta hyvään haavanhoitoon. Kirjallisen ja suullisen ohjauksen tärkeyden tunnisti 100 % (n= 81) vastaajista, eli kaikki olivat siitä täysin samaa tai osittain samaa mieltä. On tärkeää huomioida, milloin potilas on valmis ottamaan ohjausta vastaan väittämän kanssa, täysin tai osittain samaa mieltä oli 97 % (n= 80) vastaajista.

Väittämässä numero 25 samanmielisiä oli 98 % (n= 80) vastaajista. Oppimiskyvyn ja omaksumistaidon huomioi niin ikään 96 % (n= 79) vastaajista. Mielestäni minulla on hyvät taidot käyttää eri ohjausmenetelmiä väittämän kanssa täysin tai osittain samaa mieltä oli 81 % (n= 66) vastaajista. 16 % (n= 13) ei ollut samaa eikä eri mieltä, ja 2 % (n= 2) oli osittain eri mieltä (Taulukko 5).

Taulukko 5. Hoitotyön opiskelijoiden käsitys ohjaamisesta osana hyvää haavanhoidtoa.

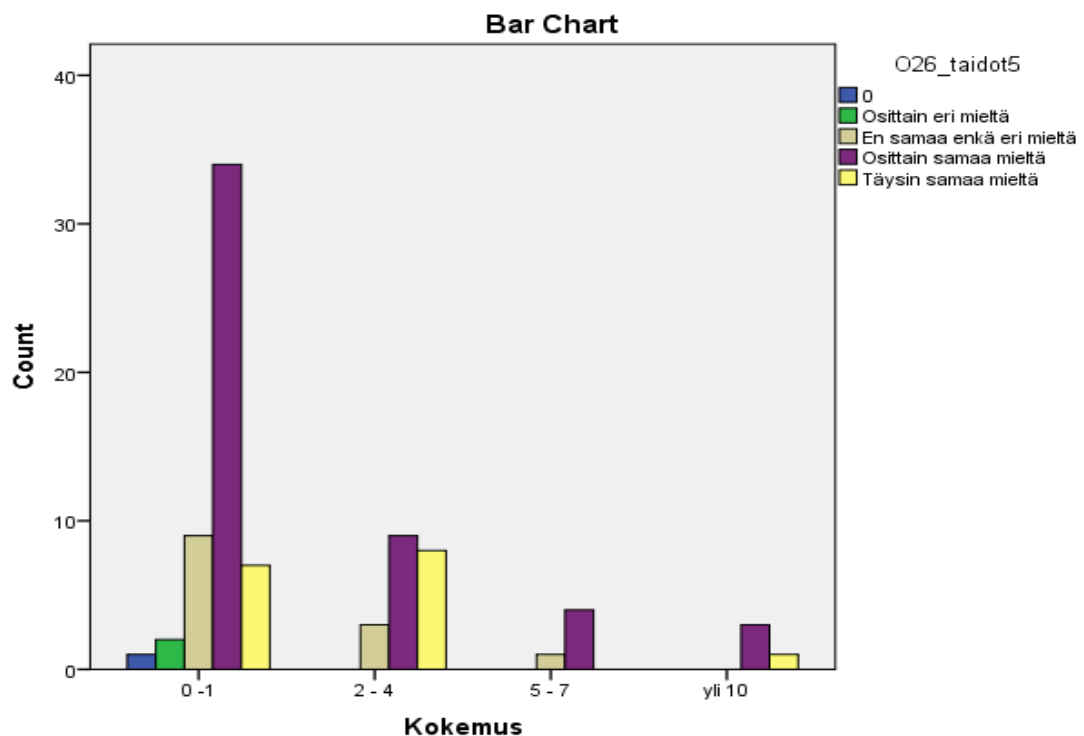
OHJAAMINEN	5	4	3	2	1
22. Mielestäni on tärkeää antaa potilaalle sekä kirjallista, että suullista ohjausta.	n= 77 94 %	n= 4 5 %	n= 0 0 %	n= 0 0 %	n= 0 0 %
23. Mielestäni on tärkeää huomioida, milloin potilas on valmis ottamaan haavanhoidon ohjausta vastaan.	n= 60 73 %	n= 20 24 %	n= 1 1 %	n= 0 0 %	n= 0 0 %
24. Huomioin potilaan hoidossa ohjauksen tarpeen ja sisällön.	n= 64 78 %	n= 16 20 %	n= 1 1 %	n= 0 0 %	n= 0 0 %
25. Huomioin potilaan ohjauksessa oppimiskyvyn ja omaksumistaidon.	n= 65 79 %	n= 14 17 %	n= 1 1 %	n= 1 1 %	n= 0 0 %
26. Mielestäni minulla on hyvät taidot käyttää eri ohjausmenetelmiä.	n= 16 20 %	n= 50 61 %	n= 13 16 %	n= 2 2 %	n= 0 0 %

Ohjauksen osiossa vastaukset hajosivat vain omien taitojen arvioinnissa, pylväsdiagrammi havainnollistaa hajonnan vastauksissa (Kuvio 14).



Kuvio 14. Väittämät 22–26. Ohjaamisen väittämien mielipidehajonta.

Ristiintaulukoinnilla katsottiin, kuinka kokemus oli yhteydessä ohjaustaitoihin. Vastaajat, joilla oli kokemusta yli kymmenen vuotta, olivat täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että heillä on hyvät taidot käyttää eri ohjausmenetelmiä. 5–7 vuotta kokemusta omaavista oli osittain samaa mieltä 80 % (n= 4) vastaajista, 20 % (n= 1) ei ollut samaa, eikä eri mieltä. Alle vuoden kokemusta omaavista 3,8 % (n= 2) oli osittain eri mieltä, ja 17 % (n= 9) ei ollut samaa eikä eri mieltä. 77,4 % (n= 41) oli täysin samaa tai osittain samaa mieltä (Kuvio 15). Täysin eri mieltä -vastauksia ei ollut ollenkaan, ja tämän takia pylväs puuttuu kuviosta. 0-vastauksia oli yksi, eli kysymykseen ei ollut vastattu ollenkaan. Lisätietoa ristiintaulukoinnista (Liite 4, Taulukko 5.) lukuina.



Kuvio 15. Väittämä 26. Mielestäni minulla on hyvät taidot käyttää eri ohjausmenetelmiä.

5.2.6 Kirjaaminen osana haavanhoitoa

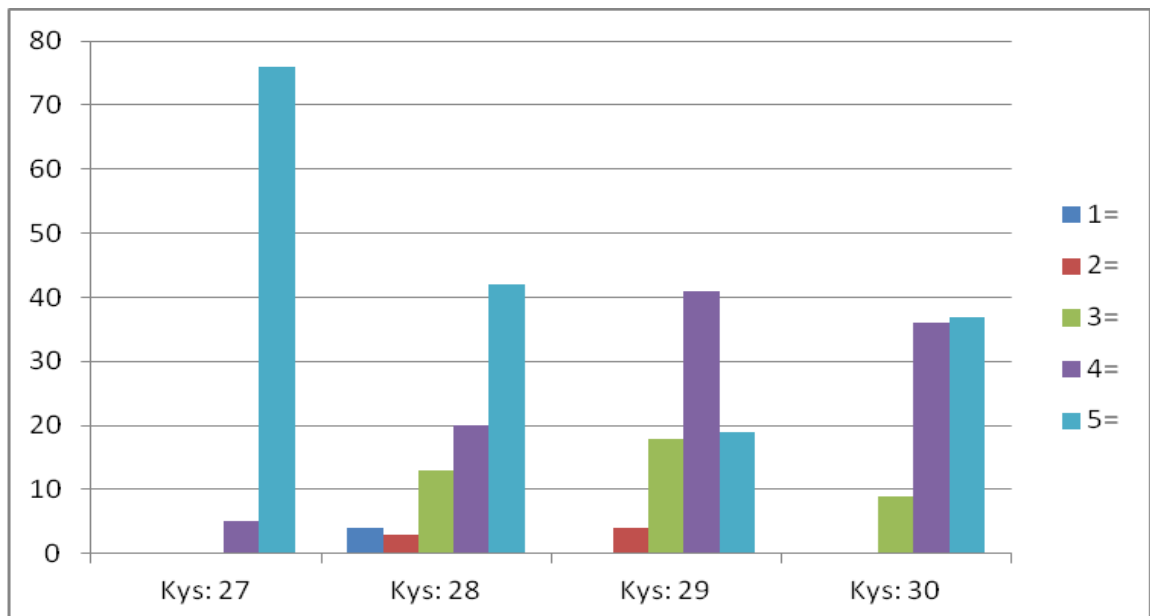
Väittämissä 27–30 kysyttiin kirjaamisen osuudesta hyvään haavanhoitoon. Hyvällä kirjaamisella kaikki 99 % (n= 81) vastaajista turvasivat tekemisensä. Haavan valokuvaaminen on osa dokumentointia ja kirjaamista ajatteli 75 % (n= 62) tutkimukseen osallistuneista, 16 % (n= 13) ei ollut samaa, eikä eri mieltä väittämän kanssa.

73 % (n= 60) oli täysin tai osittain samaa mieltä sen kanssa että he kirjaavat mielestään hyvin ja kuvailevasti haavanhoitoa. 22 % (n= 18) ei ollut samaa, eikä eri mieltä. Kirjatessani haavanhoitoa mietin hoidon jatkuvuutta vastasi samanimielisesti 89 % (n= 73), ja 11 % (n= 9) ei ollut samaa eikä eri mieltä (Taulukko 6).

Taulukko 6. Hoitotyön opiskelijoiden käsitys kirjaamisesta osana hyvää haavanhoitoa.

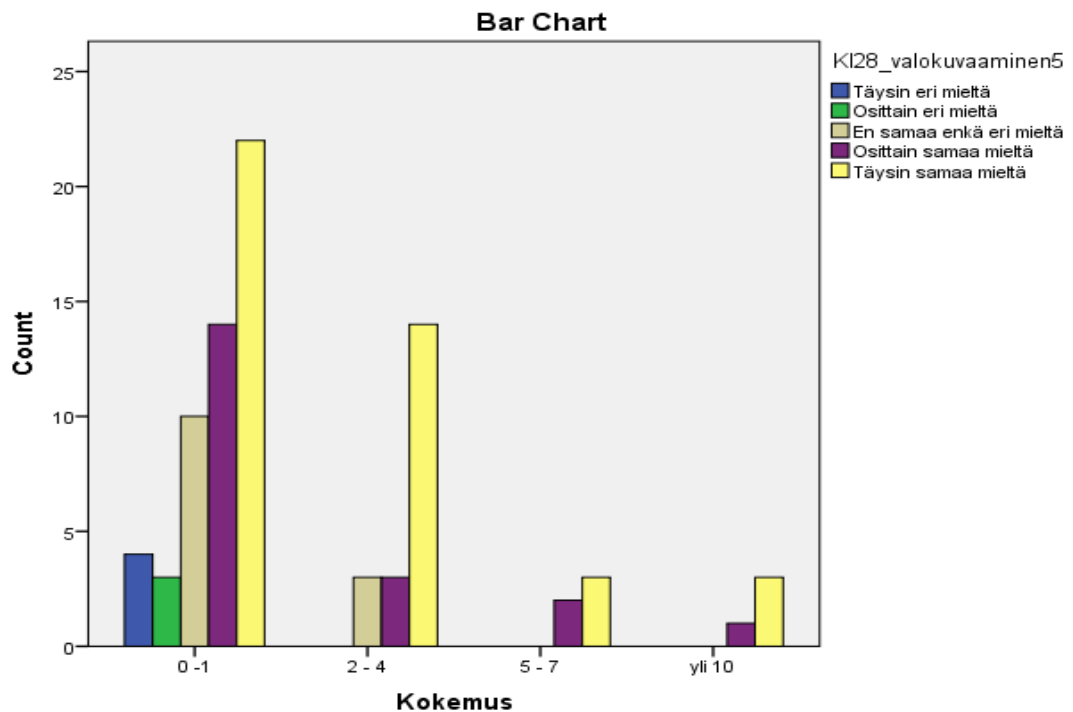
KIRJAAMINEN	5	4	3	2	1
27. Hyvällä kirjaamisella turvaan tekemiseni.	n= 76 93 %	n= 5 6 %	n= 0 0 %	n= 0 0 %	n= 0 0 %
28. Haavan valokuvaaminen on osa dokumentointia ja kirjaamista.	n= 42 51 %	n= 20 24 %	n= 13 16 %	n= 3 4 %	n= 4 5 %
29. Kirjaan mielestäni hyvin ja kuvailevasti haavanhoitoa.	n= 19 23 %	n= 41 50 %	n= 18 22 %	n= 4 5 %	n= 0 0 %
30. Kirjatessani haavanhoitoa mietin hoidon jatkuvuutta.	n= 37 45 %	n= 36 44 %	n= 9 11 %	n= 0 0 %	n= 0 0 %

Kirjaamisen osiossa, valokuvaaminen osana dokumentointia ja hyvää kirjaamista mietitytti vastaajia eniten, pylväsdiagrammi havainnollistaa hajonnan vastauksissa (Kuvio 16).



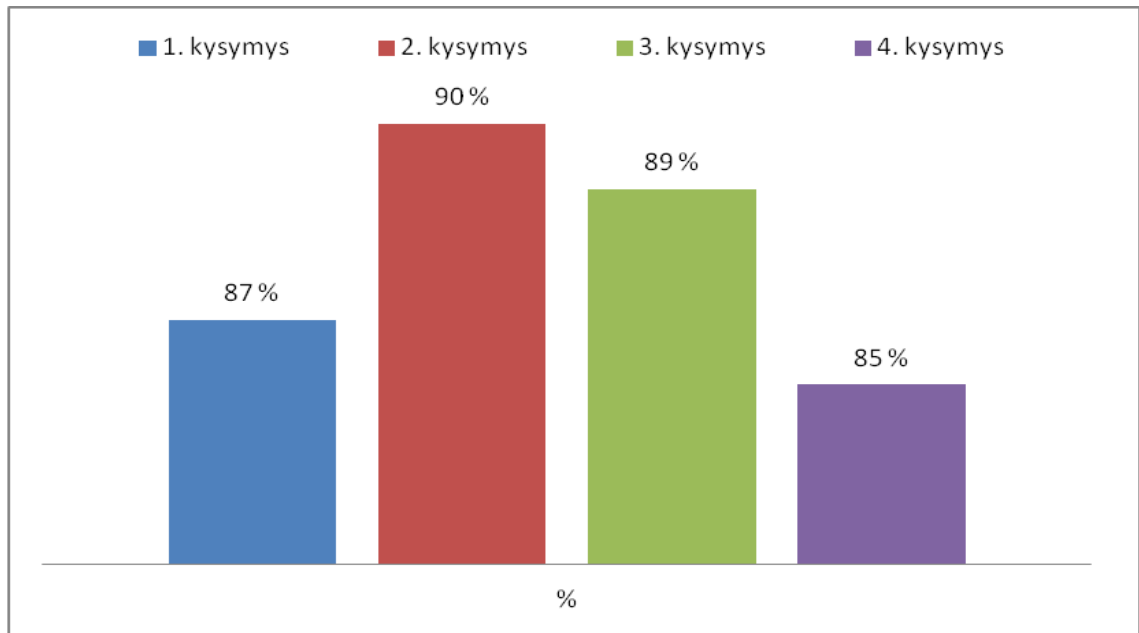
Kuvio 16. Väittämät 27–30. Kirjaamisen väättämien mielipidehajonta.

Ristiintaulukoinnilla selvitettiin kokemuksen vaikutusta valokuvaamiseen osana dokumentointia. Täysin tai osittain samaa mieltä väittämän kanssa olivat kaikki, joilla oli yli viisi vuotta työkokemusta. Alle vuoden työkokemuksella täysin tai osittain eri mieltä oli 13,2 % (n= 7) vastaajista, ja 18,9 % (n= 10) ei ollut samaa eikä eri mieltä. Täysin tai osittain samaa mieltä oli 67,9% (n= 36) alle vuoden kokemuksella (Kuvio 17). Lisätietoa ristiintaulukoinnista (Liite 4, Taulukko 6.) lukuina.



Kuvio 17. Väittämä 28. Haavan valokuvaaminen on osa dokumentointia ja kirjaamista.

Avoimilla kysymyksillä pyrittiin selvittämään, miten opetus oli vaikuttanut haavanhoidonkäsitykseen. Vastaukset olivat hyvin samantapaisia ja esiin nousevat asiat olivat valtaosalla samoja. Avoimet kysymykset käsiteltiin raportoimalla eniten vastauksista esiin nousseet asiat. Kuviossa 18. näkyy, kuinka monta prosenttia vastaajista vastasi mihinkin avoimeen kysymykseen.



Kuvio 18. Avointen kysymysten 1–4 vastaus prosentit.

Ensimmäinen avoin kysymys oli vastaajan mielipide siitä, mitä on hyvä haavanhoido. Saimme 71 vastausta, joissa korostui kokonaisvaltaisuus ja aseptiikka. Vastaajien mielestä oli tärkeää huomioida potilas kokonaisvaltaisesti, yksilöllisesti ja kirjata haavanhoido tarkasti potilasasiakirjoihin.

Toisessa avoimessa kysymyksessä pyydettiin vastaajaa vapaasti kertomaan, miten opetuksessa on käsitelty hyvän haavanhoidon eri osa-alueita. Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että opetusta haavanhoidosta voisi olla enemmän. Moni vastaaja koki saaneensa parhaimmat tiedot työharjoitteluiden kautta. Varsinkin kirjaamisesta saatu tieto oli peräisin työelämästä. Opetusta haavanhoidon osa-alueista kuvaili usea vastaaja sanoilla suppeaa tai niukkaa. Sidosmerkkien läpi käymistä muutama vastaaja piti turhana, koska ne vaihtuvat koko ajan.

Kolmannessa avoimessa kysymyksessä kysyttiin, mistä osa-alueesta (ravitse-
mus, kipu, aseptiikka, liikkuminen, ohjaaminen, kirjaaminen) vastaajalla oli ope-
tuksen pohjalta eniten tietoa. 63 vastaajaa vastasi, että eniten tietoa opetuksen
pohjalta on aseptiikasta. Aseptiikasta oli vastaajien mukaan puhuttu useilla
kurseilla, missä sitä oli korostettu ja painotettu. Opetusta kuvailtiin aseptiikan
osalta laadukkaaksi ja asioiden kertaaminen aika ajoin hyväksi.

Neljännessä avoimessa kysymyksessä kysyttiin, mistä osa-alueesta (ravitse-
mus, kipu, aseptiikka, liikkuminen, ohjaaminen, kirjaaminen) vastaajalla oli ope-
tuksen pohjalta vähiten tietoa. Saimme vastauksen 70 vastaajalta. Moni vastaa-
ja oli luetellut tähän useamman vaihtoehdon. Vastauksissa mainittiin kipu 25
kertaa, liikkuminen ja ravitseminen 23 kertaa, kirjaaminen 22 kertaa ja ohjaus 14
kertaa. Aseptiikkaa ei mainittu kertaakaan. Lisää tietoa haluttiin kaikista muista
haavanhoidon osa-alueista, paitsi aseptiikasta. Saatu tieto kirjaamisesta koettiin
saaduksi työharjoittelusta.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tutkimustulosten kokonaistarkastelussa selvisi, että tietämystä hyvästä haavanhoidosta oli paljon. Vastaajien iällä ei tuntunut olevan suurta merkitystä vastauksiin, mutta työkokemuksella oli. Yli viiden vuoden työkokemus näkyi vastauksissa varmuutena eli täysin samaa mieltä tai täysin eri mieltä -vastauksina väittämiin. Johtopäätökset käytiin läpi osa-alueittain seuraavasti:

Haavanhoidossa paranemisprosessia tukevana tekijänä on ravitsemuksella suuri rooli. Haava aiheuttaa muutoksia aineenvaihduntaan. Kudosvaurion korjaamiseen elimistö tarvitsee erityisesti proteiineja ja kaloripitoista energiaa soluaineenvaihduntaan. Runsaasti erittävät haavat vaikuttavat kehon nestetasapainoon ja vähentävät proteiinivarastoja. Haavapotilaan ravitsemuksen lisänä voidaan käyttää erilaisia täydennysravintovalmisteita, joita on kehitetty erityisesti haavapotilaan tarpeita ajatellen. (Ellis, Fazio, Rice, Sussman & Woodward.) Päivittäisessä hoitotyössä on tärkeää tukea potilaan ravitsemusta ja arvioida päivittäin sen toteutus ja riittävyys sekä kirjata huolellisesti potilasasiakirjoihin (Jäntti 2007, 32–33). Yhtenä tutkimuksen osa-alueena oli selvittää ravitsemuksen merkitystä hyvään haavanhoitoon. Pääasiallisesti ravitsemusasioista tiedettiin hyvin. Ruoan tiedettiin vaikuttavan paranemiseen, mutta ruoan energia- ja proteiinipitoisuuden lisäämisestä ravintoon ei tiedetty niin hyvin. Ravintovalmisteiden käyttö haavanhoidossa herätti eniten epäröintiä. Riittävän ravinnon saannin päivittäistä arviointia ja kirjaamista pidettiin tärkeänä.

Kipeän potilaan hengitysfrekvenssi suurenee, syketaajuus kasvaa ja verenpaine nousee. Perifeeriset suonet supistuvat. Ulkoisina merkkeinä tärinä, kalpeus, palelu ja pahoinvointi tulevat esiin. (Holmia ym. 2006, 70–74.) Kipua voidaan lievittää myös erilaisin lääkkeettömin hoitomuodoin, kuten kylmähoidolla. Sen on todettu laskevan turvotusta, lievittävän kipua ja vähentävän vuotoa. (Pohjolainen, 2009.) Usein kipu lisääntyy iltaa kohden, mutta joillakin kipu voi olla pahimmillaan yöllä tai aamulla (Juutilainen ym. 2012, 91). Kivun osa-alueessa fy-

siologisten mittausarvojen muuttuminen ja ulkoisten merkkien ilmenemisen tiedettiin varsin hyvin vaikuttavan kivun voimakkuuteen. Kivun hoidossa erilaiset viilentämismenetelmät olivat osalle vastaajista vieraita, sen sijaan psykologiset menetelmät kivunhoidossa olivat tutumpia vastaajille. Vuorokaudenajan vaikuttaminen kivunhoitoon hämmensi osaa vastaajista.

Leikkauksesta seuraavana päivänä voi aloittaa kevyen liikunnan, se edistää verenkiertoa ja nopeuttaa siten toipumista. Lääkärin antamia ohjeita ja rajoituksia tulee noudattaa. (ppshp/lyhki.2015.) Pulloon puhallus on menetelmä, jonka avulla voidaan poistaa hengitysteissä oleva ylimääräinen lima ja harjoittaa hengityslihaksia. Se on hyvä harjoituskeino kuntoutujille, joilla hengitystoiminta on alentunut. (Pryor & Prasad 2008, 151; Sakala 2009, 26.) Liikkumisen ja asento-hoidon merkitys haavan paranemiseen tuntuivat selviltä asioilta vastaajille. Sen sijaan pulloon puhallusharjoitukset eivät olleet kaikille vastaajille tuttuja, mikä näkyi vastauksissa runsaina, en samaa enkä erimieltä vastauksina.

Haavanhoidossa noudatetaan yleisiä varotoimenpiteitä, joihin kuuluvat suojakäsineiden käyttö ja käsidesinfektio. Haavaa hoidettaessa noudatetaan niin kutsuttua ”puhtausperiaatetta”, eli puhtaimmat haavat ja hoitotoimenpiteet tehdään ennen likaisia. Haavanhoidossa käytettävät välineet ovat tehdaspuhtaita, poikkeuksena alle 24 tuntia vanha leikkaushaava, jota hoidetaan steriilein välinein. (Iivanainen, Syväoja 2008, 378, 502–503.) Lämpötilalla on merkitystä haavan paranemisen kannalta. Suotuisin lämpötila haavana paranemiselle on + 37 °C, lämpötilan laskiessa alle kehon normaalitason parantuminen häiriintyy. Lämpötilavaihteluista palautuminen normaalitasolle kestää useita tunteja. (Hietanen ym. 2005, 36–37.) Aseptiikan osa-alueessa vastaajat tiesivät, mihin aseptiikalla pyritään ja mikä on aseptinen työjärjestys. Sen sijaan alle 24 tuntia vanhan leikkaushaavan aseptiseen käsittelyyn arveli tehdaspuhtaiden hankojen riittävän 22 % mielestä, ja 11 % ei ollut samaa, eikä eri mieltä väittämästä. Lämmön merkityksestä haavojen paranemiseen valtaosa ei ollut samaa eikä eri mieltä.

Ohjaaminen on yksi keskeisimmistä hoitotyön osa-alueista (Lipponen 2004,1). Tavoitteiden mukaan valitaan parhaiten potilaalle sopiva ohjausmenetelmä jol-

loin mahdollistetaan potilaan yksilöllinen oppiminen (Hautakangas, Horn, Pyhtälä-Liljeström, Raappana 2003, 63–66). Ohjaamisessa tärkeänä pidettiin sekä suullisen että kirjallisen materiaalin antamista. Samoin jokainen huomioi ohjauksen ajankohdan sekä sisällön ja potilaan oppimiskyvyn. Moni oli tyytyväinen omiin ohjaustaitoihin ja kykyyn käyttää eri menetelmiä ohjauksessa. Osa vastaajista hieman kyseenalaisti omia taitojaan ohjaamisessa.

Haavanhoidossa kirjaaminen on olennainen osa laadukasta hoitotyötä. Haavan kuvauksen lisäksi haavanhoidosta kirjatessa on hyvä mainita muun muassa käytetyt haavanhoitotuotteet, haavaerite, puhdistusmenetelmät sekä potilaan haavakipu (Hietanen ym. 2005, 51–59.) Tutkimuksessa kirjaamista pidettiin oman tekemisen turvaajana ja kirjatessa moni mietti haavanhoidon jatkuvuutta tulosten perusteella. Sen sijaan valokuvaaminen ja kuvaileva kirjaaminen ei ollut ihan kaikille vastaajille tuttua.

Avoimiin kysymyksiin saatiin runsaasti vastauksia, ja useat vastaukset olivat hyvin samantyyppisiä. Hyvää haavanhoitoa moni vastaaja kuvaili kokonaisvaltaiseksi. Opiskelijoiden mielestä haavanhoidon osa-alueita oli opintojen aikana käsitelty monen mielestä suppeasti ja liian vähän. Eniten opetuksessa oli tullut esille aseptiikan asiat, ja lähes kaikessa muussa tiedossa koettiin olevan puutteita ja niihin haluttiin lisää tietoa.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää hoitotyön opiskelijoiden käsitystä hyvästä haavanhoidosta. Tavoitteena oli tuoda esiin tietoa kirurgisen potilaan hyvästä haavanhoidosta ja sen eri osa-alueista. Toisena tavoitteena tutkimuksessa oli tuoda esiin opiskelijoiden esittämiä kehittämistarpeita haavanhoidon opetuksesta. Opinnäytetyössä saatiin tuotua esille haavanhoidon osa-alueet sekä selvitettiin, minkälaisia puutteita opiskelijat kokivat haavanhoidon opetuksessa.

Opinnäytetyötä tehdessä opitaan etsimään tieteellistä tietoa ja analysoimaan sitä kriittisesti (Hirsjärvi ym. 2013, 110–114.) Aluksi etsittiin yleiskattavia lähteitä, joita käytettiin tietoperustan rakentamiseen. Prosessin edetessä tiedon ha-

keminen helpottui ja tutkimuksen kannalta löytyi parempaa sekä tarkempaa tietoa.

Opinnäytetyötä varten määriteltiin tutkimusongelmat, joihin lähdettiin hakemaan vastauksia. Kyselylomake tehtiin tutkimalla lomakkeen tekemisen teoriaa. Väitämät nostettiin teorian pohjalta tutkimusongelmien ohjaamina. Ohjaavat opettajat ja opiskelijat suhtautuivat kyselyyn myönteisesti, saadut tulokset olivat hyviä ja vastauksia saatiin riittävästi. Tutkimusmenetelmänä lomakehaastattelu oli oikea vaihtoehto, jotta opiskelijoilta saatiin mahdollisimman rehellisiä mielipiteitä asioista.

Hyvä kirjaaminen turvaa potilaan yksilöllisyyden, turvallisuuden ja hoidon jatkuvuuden (Voutilainen 2004, 72). Opinnäytetyön tekeminen on täydentänyt omaa oppimista kirurgisen potilaan haavanhoidosta, ohjaamisesta ja kirjaamisesta. Hyvä ohjaaminen ja kirjaaminen ovat potilaan hoidon jatkuvuuden kannalta olennaisia ja tärkeitä. Vastaajat kokivat saaneensa tietoa kirjaamisesta eniten työharjoittelusta. Omien kokemusten perusteella kirjaamisen tärkeys työelämässä korostuu varsinkin siirryttäessä hiljaiseen raportointiin. Omakannasta potilaat voivat myös lukea kirjauksia, joten asiat on kirjoitettava ymmärrettävästi ja selkeästi kaikkien kannalta.

Haavanhoidon keskeisiä periaatteita ovat potilaslähtöisyys, hoidon kokonaisvaltaisuus, hoitolinjojen yhdenmukaisuus ja hoidon jatkuvuus (Hammar 2011,32). Huomioimalla potilaan hoidossa kaikki haavanhoidon osa-alueet paraneminen saadaan nopeutumaan, ja hyvällä ohjaamisella potilas saadaan nopeammin kotiutumaan. Kaiken kaikkiaan opinnäytetyön tekeminen oli opettavainen prosessi. Tieteellisen tutkimuksen perusteet tulivat tutuiksi ja opittua tietoa voidaan soveltaa jatkossakin.

Tutkimuksessa saadut tulokset esitetään Lapin ammattikorkeakoulussa Kemissä opinnäytetyöseminaarissa marraskuussa 2015. Tuloksista pidetään Power-Point-esitys tilaisuuteen osallistuville opiskelijoille ja opettajille. Tulosten pohjalta opettajille välittyy tieto opiskelijoiden käsityksestä kirurgisen potilaan hyvästä

haavanhoidosta, ja sitä kautta heillä on mahdollisuus painottaa opetuksessa niitä osa-alueita enemmän joista haluttiin lisää tietoa.

Kirjaamisen tulee olla loogista ja helposti ymmärrettävää. Hoitajan pitää pystyä suunnittelemaan potilaan tuleva hoito luetun ja tutkitun tiedon perusteella. (Ensio ym. 2007, 10, 156.) Kirjaamisen tärkeys nousi esiin vahvasti opinnäytetyötä tehdessä sekä teoriaa haettaessa että molempien työkokemuksesta. Moni vastaaja koki, että sitä ei opeteta tarpeeksi ja oppia siihen oli saatu vain työelämästä. Työelämän siirtyessä hiljaiseen raportointiin ja potilasasiakirjojen siirtyminen kanta-arkistoon, lisää monin tavoin kirjauksen tarkkuutta ja painetta. Lisääkö työelämän kirjauspaine haasteita opetukseen? Tämä olisi mielenkiintoinen tutkimusaihe jatkossa.

Jatkossa olisi hyvä tehdä samantyyppinen tutkimus vain niille opiskelijoille, joilla ei ole aiempaa hoitotyön kokemusta. Siitä selviäisi paremmin miten opetus vaikuttaa opiskelijoiden käsitykseen hyvästä haavanhoidosta. Tutkia voisi myös, miten opiskelijat kokevat opetuksen antaman tiedon hyödyttävän harjoittelujaksolla ja työelämässä. Mielenkiintoista olisi tutkia opiskelijoiden tietämystä myös muista aiheista, esimerkiksi millaisia valmiuksia tai tietämystä opiskelijoilla on kanyloinnista tai katetroinnista. Haavanhoidon lähtötasoa voisi tämän tyyppisellä tutkimuksella myös kartoittaa ennen opintojen alkua ja siitä kautta saada selville mitä haavanhoidon osa-alueita tulisi painottaa opetuksessa.

7 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Kaikkiin valmiina oleviin aineistoihin on suhtauduttava aina kriittisesti ja punnittava niiden luotettavuutta. Tämä merkitsee lähdekritiikkiä. Tietoja on usein muokattava, yhdisteltävä ja tulkittava tai tietoja on normitettava, jotta tiedot tulisivat vertailukelpoisiksi. Valmiita aineistoja voidaan käyttää niiden sisällön kuvailuun ja selittämiseen. (Hirsjärvi ym. 2013, 189.) Raportin perusteella lukija voi päätyä samoihin johtopäätöksiin tutkijan kanssa (Anttila 1998).

Tämän opinnäytetyönä tehdyn tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttivat myös käytetyt lähteet. Tutkimuksen tietoperustan rakentamisessa käytettiin vain luotettavia lähteitä. Lähteiden hankinnassa kiinnitettiin huomiota lähteen tuoreuteen, eli pyrittiin hankkimaan aina viimeiseksi päivitetty painos. Lähteiksi valittiin myös muita tutkimuksia, ammattikirjallisuutta ja luotettavia Internet-lähteitä.

Määrällisessä tutkimuksessa luotettavuuden arvioinnissa käytetään kahta käsitettä reliabiliteetti ja valideetti, joita tulee arvioida koko tutkimuksen ajan. Reliabiliteetti tarkoittaa tutkimustulosten pysyvyyttä, eli sitä jos tutkimus toistetaan, saadaan samat tulokset. Valideetti eli pätevyys tarkoittaa oikeiden asioiden tutkimista, mittarin tai menetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä oli tarkoituskin mitata. Jos vastaajat eivät ajattele kyselylomakkeen kysymyksistä samalla tavoin kuin tutkija oletti, tulokset vääristyvät. Tulosten ulkoinen valideetti viittaa tulosten yleistettävyyteen. Tutkijan onkin itse arvioitava tulosten yleistettävyyttä ja kuvattava sitä tutkimusten arvioinnin yhteydessä tutkimusraportissa. Ulkoisen valideetin uhkiin kuuluu muun muassa Hawthornen efekti, eli se että tutkittava muuttaa käyttäytymistään, kun hän tietää olevansa tutkimuskohteena. (Kananen 2010, 128; Kankkunen ym. 2009, 158; Vilka 2007, 149–150, 161.)

Valideetti ja reliabiliteetti yhdessä muodostavat tutkimuksen kokonaisluotettavuuden. Se on hyvä, kun otos edustaa perusjoukkoa ja mittaamisessa on mahdollisimman vähän satunnaisvirheitä. Kokonaisuutta voidaan parantaa muun

muassa konkreettisilla kysymyksillä ja tutkimusajankohdan valinnalla, jotta tavoitetaan kohderyhmä. (Vilkkä 2007, 152–153.)

Opinnäytetyön luotettavuutta arvioitaessa tulee ottaa huomioon aiheen laajuus ja rajaus. Opinnäytetyön ulkopuolelle on rajattu muut kuin puhtaat leikkaushaavat. Tämän asian pysyminen mielessä koko vastaamisen ajan on saattanut olla haaste. Kyselylomakkeen täyttämiseen oli varattu aikaa koko päivä. Ensiapupäivän aikana opiskelijat liikkuvat rasteilta toiselle ja vastasivat kyselyyn aina, kun oli taukoa. Tämä on saattanut häiritä keskittymiskykyä, koska koko kyselyä ei ole voinut täyttää kerralla ja rauhallisessa tilassa. Anonymiteetin luotettavuutta lisäsi kyselylomakkeiden palauttaminen samanaikaisesti päivän loputtua. Kyselylomakkeen palautushalukkuutta saattoi lisätä alkuinfossa lupaamamme pieni makeispalkkio.

Lomakkeen valmistelussa käytetään apuna esitutkimusta eli pilottitutkimusta. Tämän pohjalta voidaan kysymysten muotoilua korjata ja tarkistaa varsinaista tutkimusta varten. Lomakkeen kokeilu on välttämätöntä. Kun kysymykset on saatu valmiiksi, kootaan lomake. Sen tulisi näyttää helposti täytettävältä ja olla ulkoasultaan moitteeton. Avovastauksille tulisi olla riittävästi tilaa. (Hirsjärvi ym. 2013, 204.)

Opinnäytetyössä ei käytetty valmista kyselylomaketta. Kyselylomake laadittiin teorian pohjalta tätä tutkimusta varten. Opinnäytetyön validiteettia vahvistettiin kyselylomakkeen huolellisella suunnittelulla ja hyvällä esitestaamisella. Esitestaajat antoivat meille lomakkeen sisällöstä ja ulkonäöstä rakentavaa palautetta sähköpostilla. Kyselylomaketta muutettiin saadun palautteen ja tulosten pohjalta. Esitestauslomakkeita ei otettu mukaan lopullisiin tuloksiin, koska saatelomake unohdettiin lähettää kyselylomakkeen mukana. Esitestauslomakkeiden mukaan ottamisen arveltiin vääristävän tuloksia. Tutkimuksen luotettavuutta lisäsi se, että tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Tutkimukseen vastasivat vain ne opiskelijat, joilla oli halua osallistua tutkimukseen ja kertoa oma näkemys asiaan. Anonyymisti tehtävä kysely kannusti opiskelijoita tuomaan esille oman näkemyksensä.

Kun kyselylomake on suunniteltu huolellisesti, aineisto voidaan nopeasti käsitellä tallennettuun muotoon ja analysoida se tietokoneen avulla. Tällä tavalla kerättävän tiedon käsittelyyn on kehitetty tilastolliset analyysitavat ja raportointimuodot, joten tutkijoiden ei tarvitse itse kehittää aineiston analyysitapoja. (Hirsjärvi ym. 2013, 195.)

Tutkimustuloksista laadittiin ensin Microsoft Office Excel-taulukko, minkä jälkeen tulokset siirrettiin SPSS-ohjelmaan ja analysoitiin sen avulla. Myös ristiintaulukoinnit laadittiin. Ohjelman käyttöön saatiin apua matematiikan opettaja Tarja Pernulta, mikä lisäsi tutkimustulosten luotettavaa käsittelyä käsittelyvaiheessa.

Kyselylomakkeen laatiminen noudattaa omaa loogista järjestystä. Kyselylomakkeessa on kaksi osaa, taustatiedot ja kysymykset. Taustatiedoilla voidaan verrata saatua otosta perusjoukkoon ja luokitella tutkimustuloksia. Kysymyksillä saadaan vastaus tutkimusongelmiin. Taustatietoja käytetään myös ristiintaulukoinneissa taustamuuttujina. Lomakkeesta on syytä tehdä helppolukuinen ja helposti vastattava. Kysymykset ryhmitellään omiksi kokonaisuuksiksi. Kysymysten on oltava yksinkertaisia ja helposti ymmärrettäviä. Monimutkaiset lauserakenteet lisäävät virhemahdollisuuksia, koska osa vastaajista ei jaksa keskittyä vastaamiseen, jos energia menee kysymysten ymmärtämiseen. (Kananen 2010, 92.)

Kyselylomakkeen rakenteeseen ja jaotteluun oltiin tyytyväisiä. Taustatiedot olivat heti alussa ja ne olivat loogisesti esitetty. Kaikilla taustatiedoilla ei ollut tutkimuksen kannalta merkitystä, eli ne olisi voinut jättää pois. Ristiintaulukoinnissa käytimme vain kokemusta taustamuuttujana. Kyselylomakkeessa hyvän haavanhoidon osa-alueet oli selkeästi eroteltu. Tuloksia tulkittaessa huomattiin, että osa väittämistä oli muotoiltu vaikeasti luettaviksi ja se saattoi vääristää tuloksia. Avoimet kysymykset olivat selkeitä ja niihin saatiin runsaasti vastauksia. Vastaukset olivat helposti tulkittavia. Kyselylomakkeita jaettiin 105 kappaletta ja kyselyyn vastasi 83 opiskelijaa. Yksi kyselylomake hylättiin taustatietojen puut-

tumisen ja epäselvien vastausten vuoksi. Muutamissa lomakkeissa oli joitakin kohtia väittämistä jätetty tyhjäksi, mutta nämä lomakkeet otettiin mukaan analysointiin. Avoimiin kysymyksiin oli vastattu lähes jokaisessa kyselylomakkeessa samantapaisesti ja niistä koottiin vastaukset raportoimalla esiin nousseet asiat. Ristiintaulukointi tehtiin taustatiedoista iän, lukukauden ja kokemuksen kanssa tuloksia analysoitaessa. Tästä huomattiin, että kokemuksella oli kaikkein suurin merkitys ja se antoi vastauksiin varmuutta ja luotettavuutta. Tämän vuoksi raportissa julkaistiin vain kokemus taustamuuttujalla tehdyt ristiintaulukoinnit.

Kohderyhmä valitaan tarkoituksenmukaisesti ja siitä rajataan todennäköisimmät epäluotettavuudet pois (Metsämuuronen 2006, 45–48). Kohderyhmään valittiin kaikki teemapäivään osallistuvat hoitotyön opiskelijat tarkoituksen mukaisesti. Siitä rajattiin todennäköisimmät epäluotettavuuden lähteet pois. Kyselylomake oli laadittu vain suomenkielisenä. Tästä syystä tutkimukseemme eivät voineet osallistua paikalla olleet kansainväliset opiskelijat.

Etiikan peruskysymyksiä ovat kysymykset hyvästä ja pahasta, oikeasta ja väärästä. Arkisessa elämässä ihmiset ovat, tai ainakin näyttävät olevan, usein erimieltä siitä, mikä on hyvää ja pahaa, mitä pitää tehdä ja mitä ei saa tehdä, mikä on sallittua ja minkä tekeminen on suorastaan velvollisuus. (Hirsjärvi ym. 2013, 23–27.)

Tutkijan on otettava huomioon eettisyys tutkimuksen teossa. Tutkijan pitää tuntea eettiset periaatteet ja toimia sen mukaisesti. Eettisesti hyvän tutkimuksen tekeminen edellyttää, että tutkimuksen teossa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä läpi koko tutkimusprosessin ideointivaiheesta tutkimustulosten tiedottamiseen. Suomessa on erillisiä julkisia elimiä, jotka tutkivat, valvovat ja ohjaavat tutkimushankkeiden asianmukaisuutta ja eettisyyttä. Opetusministeriön asettama tutkimuseettinen neuvottelukunta on laatinut ohjeet tieteellisten menettelytapojen noudattamiseen. Jo aiheen valinta on ensimmäinen eettinen ratkaisu. Siinä kysytään, kenen ehdoilla tutkimus on valittu ja miksi tutkimukseen on ryhdytty. Tieteellistä käytäntöä voidaan loukata monin tavoin, erityisesti tie-

donhankintatavat ja koejärjestelyt aiheuttavat eettistä ongelmaa. (Hirsjärvi ym. 2013, 23–27; Vilkkä 2005, 29–30, 32; Tuomi & Sarajärvi 2012, 129.)

Tutkimuslupaa tai toimeksiantosopimusta tehtäessä on syytä selvittää, saako organisaation tai tutkimukseen osallistuvien nimiä mainita tutkimusraportissa, joissakin paikoissa anonymiteetti voi olla organisaatiotasosta. Tutkimus on pyrittävä toteuttamaan siten, että tutkittavat kokevat mahdollisimman vähän haittaa. Tutkimuskysymykset tulee määrittää siten, että ne eivät loukkaa tutkittavia, eivätkä sisällä väheksyttäviä oletuksia heistä. (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2013, 180; Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 287–290.)

Opinnäytetyössä hyödynnettiin Lapin ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijoita Kemin kampukselta. Toimeksiantosopimus tehtiin ohjaavien opettajien avustuksella ja sen allekirjoitti koulutusvastaava Eija Jumisko. Tutkimuksen esitestaus ja aineiston keruu suoritettiin luvan myöntämisen jälkeen.

Tutkimuksen lähtökohtana tulee olla ihmisarvon kunnioittaminen, ja jokaisen tulee saada valita osallistuuko tutkimukseen. Itsemääräämisoikeus on yksi tutkimuksen lähtökohta. Tutkimuksesta on annettava tutkittaville oikeaa tietoa tutkimukseen suostumista hankittaessa ja heille on kerrottava, millaisia riskejä siinä on. Ihmistä ei saa manipuloida tutkimushankkeeseen, heidät on perehdytettävä asiaan kunnolla ja heidän on oltava kykeneviä ymmärtämään asia kunnolla. Osallistujien anonymiteetti tulee turvata, eli tutkimustietoja luovuteta ulkopuolisille. Epärehellisyyttä on vältettävä tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Keskeisiä periaatteita ovat ainakin seuraavat periaatteet: toisen tekstiä ei plagioida, omaa tekstiä ei plagioida, eikä omia tutkimuksia, tuloksia ei yleistetä kriiittikkömästi, eikä niitä sepitetä, eikä kaunistella. Raportointi ei saa olla harhaan johtavaa tai puutteellista. Toisten tutkijoiden osuutta ei vähätellä. Tutkimukseen myönnettyjä määrärahoja ei käytetä väärin tarkoituksiin. (Hirsjärvi ym. 2013, 23–27; Kankkunen ym. 2013, 177–179.)

Koko tutkimuksen ajan toimittiin eettisesti ja vaitiolovelvollisuutta noudattaen. Tutkittavien henkilöllisyys ei paljastunut tutkimuksen missään vaiheessa, ja ky-

selyyn vastaaminen oli vapaaehtoista. Kenenkään turvallisuus ei vaarantunut tutkimuksen aikana tai sen jälkeenkään. Tutkimuksen jälkeen paperit palautettiin tutkijoille yhteisessä tilaisuudessa. Taustakysymykset olivat sellaisia, että niistä ei voinut henkilöidä ketään. Tutkimuksen tulokset esitetään niin, että ketään ei voida yksilöidä vastausten perusteella. Tutkimuksen tekijät vastaavat tutkimuksen eettisyydestä koko tutkimuksen ajan ja sen jälkeenkin. Kyselylomakkeen 5-portaista Likertin asteikkoa muutettiin vastausten käsittelyvaiheessa ja raportoinnissa 3-portaiseksi turvaamaan paremmin vastaajien tunnistamattomuutta. Opinnäytetyön lähdeviitteet ja lainaukset ovat asianmukaisesti esitettyjä. Tietoperustaa kootessa materiaalia kerättiin luotettavista lähteistä.

LÄHTEET

- Ahonen, O., Karjalainen-Jurvelin, R., Ora-Hyytiäinen, E., Rajalahti, E. & Saranto, K. 2007. Sähköisen kirjaamisen opettaminen terveysalan koulutuksessa. Teoksessa Hopia, H., Koponen, L., & Suomen sairaanhoitajaliitto ry (toim.). Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä.
- Anttila, K., & Kaila-Mattila, T., & Kan, S. & Puska, E.-L. & Vihunen, R. 2008. Hoitamalla hyvää oloa. 11.-12. painos. Porvoo: WSOY.
- Anttila, K., & Kaila-Mattila, T., & Kan, S., & Puska, E.-L. & Vihunen, R. 2010. Hoitamalla hyvää oloa. Helsinki: WSOY.
- Anttila, P. 1998. Laadullisen tutkimuksen reliabiliteetti. Viitattu 7.10.2015
http://www.metodix.com/fi/sisallys/01_menetelmat/01_tutkimusprosessi/02_tutkimisen_taito_ja_tiedon_hankinta/10_tutkimuksen_luotettavuus/10_2_1laadullisen_tutkimuksen_reliabiliteetti
- Blomqvist, C. 2000. Aikuisen tehohoitopotilaan kivun hoito. Teoksessa Sailo, E. & Vartti, A.-M. (toim.) Kivunhoito. Helsinki: Tammi.
- Brown, G. 2006. Wound Documentation: Managing Risk. Advances in Skin & Wound Care Vol.19, No.3, 155-165.
- Ellis, T., Fazio, V., Rice, J., Sussman, G & Woodward, M. Expert Guide for Healthcare Professionals. Nutrition & Wound healing. Viitattu 5.10.2015
http://www.worldofwounds.com/Home/Portals/0/Expert%20Guide%20Nutrition%20Wound%20Healing_final_lr.pdf
- Eloranta, M.-B. 2002. Krooninen kipu osana elämää. Pro gradu. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.
- Ensio, A. & Saranto, K. 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Sipoo: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Ensio, A., Saranto, K., Sonninen, A. L. & Tanttu, K. 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY
- Erikoissairaanhoitolaki (1062/1991). Viitattu 15.11.2014.
<https://www.finlex.fi/fi/>
- Eriksson, T. 2010. Ravitsemushoitoa haavapotilaille. Haava 3/2010.
- Finlex 2014. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007) Viitattu 15.11.2014
<https://www.finlex.fi/fi/>

Finlex 2014. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) Viitattu 15.11.2014 <https://www.finlex.fi/fi/>

Hallila, L. 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Tammi.

Hammar, A.-M. 2011. Kirurgian perusteet. 1.painos. Helsinki: WSOY pro oy.

Hautakangas, A-L., Horn, T., Pyhtälä-Liljeström, P., Raappana, M. 2003. Hoitotyö päiväkirurgisella osastolla. 1. painos. Porvoo: WSOY.

Heikkinen, K. 2001. Leikkauksen jälkeisen kivun arviointi heräämövaiheen aikana. Pro gradu. Turun yliopisto.

Hietanen, H. & Iivanainen, A. & Seppänen, S. & Juutilainen, V. 2002. Haava 1. painos. Porvoo: WSOY.

Hietanen, H. & Iivanainen, A. & Seppänen, S. & Juutilainen, V. 2005. Haava 1-3. painos. Porvoo: WSOY.

Hietanen, H. & Iivanainen, A. 2009. Haavanhoidon vuosikymmen Suomen haavanhoitoyhdistys ry:n juhlakirja. Helsinki: Nykypaino oy.

Hirsjärvi, S., & Remes, P., & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. 18. painos. Helsinki: Tammi.

Holmia, S. & Murtonen, I. & Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2006. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö, 4.-5.uudistettu painos. Porvoo: WSOY.

Iivanainen, A. & Jauhiainen, M. & Korkiakoski, L. 1998. Hoitotyön käsikirja. 7.painos. Helsinki: Kirjayhtymä.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2009. Hoida ja kirjaa. 1.-3. painos. Hämeenlinna: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Iivanainen, A. & Skarp, E. & Alahuhta M. 2008. Aseptiikan toteutuminen haavanhoidossa. Haava 4/2008.

Jokinen, J. J., Sipponen, A., Lohi, J. & Salo, H. Lääkärilehti 2009/24. Haavanhoidon uusia ja vanhoja tuulia. Viitattu 5.10.2015 <http://ez.lapinamk.fi:2094/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000032309>

Juutilainen, V. & Hietanen, H. 2012. Haavanhoidon periaatteet 1. painos. Helsinki: SanomaPro oy.

Jäntti, M. 2007. Hoitajan rooli haavapotilaan ravitsemuksen tukijana. Haava 2/2007.

- Kaakinen, P. 2013. Pitkäaikaissairaiden aikuisten ohjauksen laatu sairaalassa. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta, Terveystieteiden laitos, hoitotiede. Väitöskirja. Acta Universitatis Ouluensis D1214.
- Kalso, E. & Vainio, A. 2002. Kivunhoitomuodot. Teoksessa Kalso, E. & Vainio, A. (toim. 2002). 2. painos. Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kananen, J. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Jyväskylä.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1. painos. Helsinki: WSOY.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kanta. Viitattu 15.11.2014
<http://www.kanta.fi/7>
- Kanta-Hämeen keskussairaala 2014. Sairaalahygienia 18.3.2014. Leikkaus-haavan hoito. Viitattu 2.10.2015.
<http://www.khshp.fi/img/file.php?id=131>
- Kellokumpu, I. 2012. Nopeutetun hoidon malli – kolorektaalikirurgian toinen val-lankumous. Lääketieteellinen aikakausikirja. Duodecim 14/2012. Viitattu 14.10.2015
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&viewType=viewArticle&tunnus=duo10403
- Konttinen, V., Jokela, R., Ravaska, P., Rautakorpi, P. & Hamunen K. 2012. SAY:n kivunhoidon jaoksen työryhmä. Suositus akuutin leikkauksen jälkeisen kivun ja kivunhoidon kirjaamisesta. Finnanest. Viitattu 6.10.2015
http://www.finnanest.fi/files/nyt_suositus.pdf
- Korhonen, M. 2006. Haavapotilaan kivun hoito- sairaanhoitajan näkökulma. Haava 2.
- Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Väitöskirja. Acta Universitatis Ouluensis D937.
- Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L., & Torppa, K. 2005. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. 2005. Tutkiva Hoitotyö. Hoitotieteellinen aikakausilehti. Vol. 3 (1) 2005.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2008. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

- Lipponen, K. 2006. Kirurgisen sairaanhoitajan valmiudet potilaan ohjaamisessa. Sairaanhoitaja - sjuksköterskan vol. 79 no 10. 22-24.
- Lipponen, K. 2004. Kirurgisen hoitohenkilökunnan potilasohjausvalmiudet. Pro gradu-tutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen- ja terveyshallinnonlaitos. Oulu.
- Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta, Terveystieteiden laitos, hoitotiede. Väitöskirja. Acta Universitatis Ouluensis D1236.
- Lukander, E. 1995. Hoitotyön laadun arviointimenetelmän, Nursing auditin, kehittäminen ja testaus. Lisensiaattitutkimus. Kuopion yliopisto, Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Kuopio.
- Metsämuuronen J. (toim.) 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino oy.
- Ohtonen, H. 2006. Potilas ohjaus-hoitotyön punainen lanka. Sairaanhoitajalehti Nro 10. 6.10.2006.
- Pauniahho, S-L., Lepojärvi, M., Peltomaa, K., Saario, I., Isojärvi, J., Malmivaara, A. & Ikonen, T. 2009. Leikkaustiimin tarkistuslista lisää potilasturvallisuutta. Suomen lääkärilehti 49/2009, vsk 64. Viitattu 17.10.2015.
http://www.thl.fi/attachments/halo/SLL_2009_49-4249_LeikkaustiiminTarkistuslista.pdf
- Pohjolainen, T. Terveysportti. Kylmähoidot. Kipu 1.11.2009. Viitattu 5.10.2015.
http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=kip02002&p_haku=Kylmähoidot
- ppshp. Viitattu 14.11.2014
<https://www.ppshp.fi/kirurgia>
- ppshp/lyhki.2015 viitattu 6.10.2015
https://www.ppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/18973_Leikkaushaavan_kotihoito_LYHKI-09.pdf
- PSHP, Hoitotyön kirjaaminen, raportointi ja hoitoisuusluokitus, Julkaistu 10.2.2012. Päivitetty 31.8.2015. Viitattu 21.10.2015
<http://www.psphp.fi/default.aspx?contentid=24106>
- Pryor, J.A. & Prasad, S.A. 2008. Physiotherapy for Respiratory and Cardiac Problems adults and paediatrics. Fourth edition. Churchill Livingstone Elsevier.
- Sakala, S. 2009. Puhallus pulloon. Hengityslehti 5-6 / 2009.
<http://www.heli.fi/Julkaisut/Hengitys-lehti/5-62009/Puhallus-pulloon/>

- Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. Helsinki:WSOY. Oppimateriaalit Oy.
- Saranto, K. & Sonninen, A. L. 2007. Systemaattisen kirjaamisen tarve. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A.L. (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY.
- Schultz, G.S., Barillo, D.J., Mazingo, D.W. & Chin G.A. 2004. Wound bed preparation and a brief history of TIME. International Wound Journal Vol.1, No.1, 19-32.
- STM:n laatima opas terveydenhuoltohenkilöstölle – potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muiden potilasasiakirjojen säilyttäminen.
Viitattu 15.11.2014
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-8444.pdf
- Terve media oy, Vastapainehengitys (PEP)-potilasohje. Viitattu 20.1.2015
<http://www.terve.fi/muut-potilasohjeet/vastapainehengitys-pep-potilasohje>
- THL. 2012. Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti. Raportti 40/2012. Viitattu 5.10.2015.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90814/THL_RAP2012_040_verkko.pdf?sequence=1
- THL. 2014. Terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen opas. Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen. Osa 1. Verkoaineisto. Viitattu 6.10.2015.
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110913/URN_ISBN_978-952-302-108-2.pdf?sequence=1
- THL 2014. Viitattu 15.11.2014
<http://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuus/mita-on-potilasturvallisuus>
- THL 2015 Viitattu 21.3.2015
<http://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/tutkimus-ja-kehittaminen/tyokalut/vaaratapahtuman-tunnistaminen/leikkaustiimin-tarkistuslista>
- THL 2015. Viitattu 24.9.2015
<https://www.thl.fi/documents/584227/1449683/Leikkaustiimin+tarkistuslista+%28pdf+71kt%29.pdf/5d0803dc-7a4b-4ebf-9477-47b110fdb1c6>
- Tiikkanen, A. 1989. Helsingin sairaanhoito-opisto. Roberin, Loganin ja Tierneyn malli hoitotyöhön. Sairaanhoitaja-lehti 1989. Viitattu 17.10.2015.
<http://www.hoitokotipaivakumpu.fi/documents/21243/0/EI%C3%A4m%C3%A4nmalli+-+artikkeli/87755692-9bee-4a7b-a69b-e15934d2ec5e>

- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2012. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa: Tammi.
- Ukkola, V., Ahonen, J., Alanko, A., Lehtonen, T., & Suominen, S. 2001. Kirurgia. Porvoo: WSOY.
- Vaalasti, A. 2002. Kasvutekijöiden merkitys haavan paranemisessa. Teoksessa Hietanen Helvi, Iivanainen Ansa, Seppänen Salla & Juutilainen Vesa. Haava. Porvoo: WSOY.
- Vainio, A. 2009. Kivunhallinta. Viitattu 28.10.2015.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00025
- Vilkkä, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Tammi.
- Vilkkä, Hanna 2007. Tutki ja mittaa määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Tammi.
- Voutilainen, P. 2004. Hoitotyön laatu ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Stakes, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Tutkimuksia 142. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Välimäki, J. 2014. Etelä-Savon sairaanhoitopiirin haavanhoito-opas. Viitattu 6.10.2015.
https://www.google.fi/?gws_rd=ssl#q=Etel%C3%A4Savon+sairaanhoitopiiri+n+haavanhoito-opas
- World Wide Wound. Wound pain assessment rationale, 2005. Viitattu 1.3.2015
http://www.worldwidewounds.com/2005/august/Hollinworth/pain_assessment_rationale.pdf

LIITTEET

- Liite 1. Toimeksiantosopimus
- Liite 2. Saate kyselylomakkeelle
- Liite 3. Kyselylomake
- Liite 4. Ristiintaulukoinnit

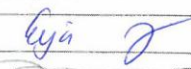
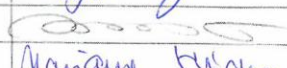
OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Tämä sopimus soveltuu käytettäväksi ainoastaan sellaisten opinnäytetöiden yhteydessä, joita ei toteuteta ammattikorkeakoulun ulkopuolisen rahoituksen hankkeessa.

Toimeksiantaja	Nimi (esim. yritys) Lapin amk Yhteystiedot (yhteyshenkilö, puhelin, sähköposti)		
	Työn aihe Hoitoalan opiskelijoiden tietämys kirurgisen potilaan hyvästä haavanhoidosta		
Tekijä	Nimi Johanna Mettovaara Katuosoite _____ Puhelin _____ Suorittava tutkinto sairaanhoitaja	Opiskelijanumero K1350109 Postinumero 90440 Sähköpostiosoite johanna.mettovaara@gmail.com	Postitoimipaikka Kempele
Lapin AMK	Yhteyshenkilön nimi (ohjaaja) Marianne Sliden/ Rajja Luutonen Toimipaikka ja osoite Meripuistonkatu 25, 94100 Kemi Puhelin 050 310 9358 / 050 310 9343	Ryhmätunnus 5AMKAK25 Tehtävänimike ohjaaja Sähköpostiosoite etunimi.sukunimi@lapinamk.fi	
	Toimeksiantosopimuksen ehdot		
Ohjaus	Ohjaava opettaja valvoo työtä ammattikorkeakoulun puolesta ja antaa työn edellyttämiä ohjeita ja neuvoja. Ammattikorkeakoulu ja opettaja eivät ole konsulttivastuussa työstä.		
Dokumentointi	Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöt ovat julkisia. Työstä laaditaan ammattikorkeakoulun opinnäyteohjeen mukainen kirjallinen esitys, josta toimitetaan yksi kansitettu kappale ammattikorkeakoulun kirjastoon tai julkaistaan sähköisessä muodossa Theseus-verkkokirjastossa. Työ arkistoidaan oppilaitoksella sekä tulostettuna että sähköisessä muodossa.		
Oikeudet	Opinnäytetyön tekijänoikeudet kuuluvat tekijälle. Toimeksiantaja saa rinnakkaisen käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin opinnäytetyön valmistuttua. Ammattikorkeakoululla on jatkuvasti voimassa oleva oikeus käyttää tuloksia omassa opetus- ja TKI-toiminnassaan. Sopijapuolilla on mahdollisuus sopia muista opinnäytetyön tuloksia koskevista oikeuksista kuitenkin niin, että tämän sopimuskohdan nojalla ammattikorkeakoulun saamat oikeudet säilyvät voimassa.		
Keksinnöt	Jos tekijä on osallisena keksintöön, joka patentoidaan, mainitaan hänet yhtenä keksijöistä. Mahdollisesta keksintökorvauksesta sovitaan erikseen noudattaen ammattikorkeakoulun tai toimeksiantajan keksintöohjeen linjauksia. Opinnäytetyön tai sen osan julkaiseminen tai hyödyntäminen ei saa vaarantaa sen tai sen osan suojaamista patentilla tai hyödyllisyysmallilla.		
Vastuut	Opinnäytetyön tulos toimitetaan sellaisena kuin se on. Tekijä tai ammattikorkeakoulu eivät anna tulokselle takuuta eivätkä vastaa sen soveltuvuudesta toimeksiantajan tarpeisiin. Sopijapuolet ovat vastuussa toisilleen sopimusrikkomuksen aiheuttamista välittömistä vahingoista. Vastuun syntyminen edellyttää tahallaan tai törkeällä huolimattomuudella aiheutettua sopimusrikkomusta.		
Lisäksi sovitaan			
Salassapito	Ohjaavilla opettajilla ja opinnäytetyön tekijöillä on salassapitovelvollisuus työn aikana esille tulleisiin luottamuksellisiin asioihin. Toimeksiantajan tulee tarkistaa, että julkaistava opinnäytetyö ei sisällä salassa pidettävää aineistoa. Tarvittaessa käytetään toimeksiantajan erillistä salassapitosopimusta.		
	Tätä sopimusta on laadittu kolme (3) samansisältöistä kappaletta, yksi (1) kullekin sopimuksen osapuolelle. Sopimus perustuu ammattikorkeakoulun hyväksymään opinnäytetyösuunnitelmaan ja se astuu voimaan allekirjoitushetkellä.		
	Paikka ja päivämäärä	Allekirjoitus	
Toimeksiantaja	Lapin AMK	Eja Järvelin	
Tekijä	Oulu 7.5.2015	Johanna Mettovaara	
Lapin AMK	Rajja Luutonen RAJJA LUUTONEN	Marianne Sliden MARIAANNE SLIDEN	

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Tämä sopimus soveltuu käytettäväksi ainoastaan sellaisten opinnäytetöiden yhteydessä, joita ei toteuteta ammattikorkeakoulun ulkopuolisen rahoituksen hankkeessa.

Toimeksiantaja	Nimi (esim. yritys) Lapin amk Yhteystiedot (yhteyshenkilö, puhelin, sähköposti)	
	Työn aihe Hoitoalan opiskelijoiden tietämys kirurgisen potilaan hyvästä haavanhoidosta	
Tekijä	Nimi Anne Paukkeri Katuosoite Puhelin	Opiskelijanumero K1350110 Postinumero 90540 Postitoimipaikka Oulu Sähköpostiosoite anne.paukkeri@gmail.com Ryhmätunnus 5AMKAK25 Tehtävänimike ohjaaja
Lapin AMK	Yhteyshenkilön nimi (ohjaaja) Marianne Sliden/ Raija Luutonen Toimipaikka ja osoite Meripuistonkatu 26, 94100 Kemi Puhelin 050 310 9358 / 050 310 9343 Sähköpostiosoite etunimi.sukunimi@lapinamk.fi	
	Toimeksiantosopimuksen ehdot	
Ohjaus	Ohjaava opettaja valvoo työtä ammattikorkeakoulun puolesta ja antaa työn edellyttämiä ohjeita ja neuvoja. Ammattikorkeakoulu ja opettaja eivät ole konsulttivastuussa työstä.	
Dokumentointi	Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöt ovat julkisia. Työstä laaditaan ammattikorkeakoulun opinnäyteohjeen mukainen kirjallinen esitys, josta toimitetaan yksi kansitettu kappale ammattikorkeakoulun kirjastoon tai julkaistaan sähköisessä muodossa Theseus-verkkokirjastossa. Työ arkistoidaan oppilaitoksella sekä tulostettuna että sähköisessä muodossa.	
Oikeudet	Opinnäytetyön tekijänoikeudet kuuluvat tekijälle. Toimeksiantaja saa rinnakkaisen käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin opinnäytetyön valmistuttua. Ammattikorkeakoululla on jatkuvasti voimassa oleva oikeus käyttää tuloksia omassa opetus- ja TKI-toiminnassaan. Sopijapuolilla on mahdollisuus sopia muista opinnäytetyön tuloksia koskevista oikeuksista kuitenkin niin, että tämän sopimuskohtien nojalla ammattikorkeakoulun saamat oikeudet säilyvät voimassa.	
Keksinnöt	Jos tekijä on osallisena keksintöön, joka patentoidaan, mainitaan hänet yhtenä keksijöistä. Mahdollisesta keksintökorvauksesta sovitaan erikseen noudattaen ammattikorkeakoulun tai toimeksiantajan keksintöohjeen linjauksia. Opinnäytetyön tai sen osan julkaiseminen tai hyödyntäminen ei saa vaarantaa sen tai sen osan suojaamista patentilla tai hyödyllisyysmallilla.	
Vastuut	Opinnäytetyön tuotos toimitetaan sellaisena kuin se on. Tekijä tai ammattikorkeakoulu eivät anna tulokselle takuuta eivätkä vastaa sen soveltuvuudesta toimeksiantajan tarpeisiin. Sopijapuolet ovat vastuussa toisilleen sopimusrikkomuksen aiheuttamista välittömistä vahingoista. Vastuun syntyminen edellyttää tahallaan tai törkeällä huolimattomuudella aiheutettua sopimusrikkomusta.	
Lisäksi sovitaan		
Salassapito	Ohjaavilla opettajilla ja opinnäytetyön tekijöillä on salassapitovelvollisuus työn aikana esille tulleisiin luottamuksellisiin asioihin. Toimeksiantajan tulee tarkistaa, että julkaistava opinnäytetyö ei sisällä salassa pidettävää aineistoa. Tarvittaessa käytetään toimeksiantajan erillistä salassapitosopimusta.	
	Tätä sopimusta on laadittu kolme (3) samansisältöistä kappaletta, yksi (1) kullekin sopimuksen osapuolelle. Sopimus perustuu ammattikorkeakoulun hyväksymään opinnäytetyösuunnitelmaan ja se astuu voimaan allekirjoitushetkellä.	
	Paikka ja päivämäärä	Allekirjoitus
Toimeksiantaja	Lapin AMK	
Tekijä	Oulu 7.5.2015	
Lapin AMK	Raija Luutonen RAIJA LUUTONEN	Marianne Sliden MARIANNE SLIDEN

Saate

Arvoisa sairaanhoitajaopiskelija / terveydenhoitajaopiskelija

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Lapin ammattikorkeakoulusta Kemistä AK25 ryhmästä. Teemme opinnäytetyötä ja tarvitsemme siihen sinun apuasi. Työmme käsittelee kirurgisen potilaan puhtaan leikkaushaavan hyvää haavanhoitoa ja haavanhoidon kirjaamista. Olemme valinneet tutkimustamme varten Lapin ammattikorkeakoulusta Kemistä 100 opiskelijaa eri ryhmistä osallistumaan tutkimukseemme.

Olemme työskennelleet kirurgisten potilaiden parissa ja koemme, että hyvällä haavanhoidolla ja sen tarkalla kirjaamisella on suuri merkitys potilaan hoidon onnistumiselle. Hyvän haavanhoidon osa-alueet ovat ravitsemus, kipu aseptiikka, liikkuminen, ohjaaminen ja kirjaaminen. Pyydämmekin sinua keskittymään näihin asioihin vastatessasi. Kertomalla mielipiteitäsi ja kokemuksiasi autat meitä tutkimuksen tekemisessä.

Jotta tutkimustulokset olisivat luotettavia, olisi tärkeää, että jokainen valittu opiskelija osallistuisi tutkimukseen. Tutkimukseen osallistuminen on kuitenkin täysin vapaaehtoista. Jokaista kyselylomakkeen palauttanutta muistamme pienellä makeisella.

Kyselyyn vastataan nimettömänä ja antamiasi tietoja käsitellään luottamuksellisesti. Vastaajaa ei voi tunnistaa missään tutkimuksen vaiheessa.

Valmis opinnäytetyö esitellään syksyllä 2015 koululla opinnäytetyö seminaarissa.

Jos sinulla on kysyttävää tutkimukseen liittyen, voit ottaa yhteyttä meihin sähköpostitse.

Lämmin kiitos osallistumisestanne!

Anne Paukkeri
anne.paukkeri@gmail.com

Johanna Mettovaara
johanna.mettovaara@gmail.com

Liite 3 1(3)

KYSELYLOMAKE



1. Ikä: alle 22v. ☐ 23-29 v. ☐ 30-39 v. ☐ yli 40v. ☐
2. Lukukausi mitä opiskelet: 1-2 lk ☐ 3-4 lk ☐ 5-6 lk ☐ 7 lk ☐
3. Olen: sairaanhoitajaopiskelija ☐ terveydenhoitajaopiskelija ☐
4. Aiempi hoitoalan työkokemus vuosina: 0-1 ☐ 2-4 ☐ 5-7 ☐ 8-10 ☐ yli 10 ☐
5. Aiempi hoitoalan koulutus: lähihoitaja / perushoitaja ☐
muu hoitoalan AMK-tutkinto ☐
ei aiempaa hoitoalan koulutusta ☐

Vastaa alla oleviin väittämiin seuraavaa asteikkoa käyttäen: 5 = täysin samaa mieltä, 4 = osittain samaa mieltä, 3 = en samaa enkä eri mieltä, 2 = osittain eri mieltä, 1 = täysin eri mieltä.

	täysin samaa mieltä	osittain samaa mieltä	en samaa enkä eri- mieltä	osittain eri miel- tä	täysin eri mieltä
Ravitsemus osana haavanhoitoa					
1. Mielestäni huono ja puutteellinen ravitsemus lisää infektioriskiä ja hidastaa haavojen paranemista.					
2. Yleensä haavan paraneminen lisää energian ja hap- pivarastojen kulutusta.					
3. Haavaerityksen määrä vaikuttaa nestetasapainoon.					
4. Runsasenerginen ja proteiinipitoinen ruoka edistää haavan paranemista.					
5. Mielestäni ravintovalmisteiden (tehojuomat ja – va- nukkaat) käytöllä on merkitystä potilaan haavojen para- nemisessa.					
6. Mielestäni hoitotyössä on tärkeää tukea potilaan ravitsemusta, arvioida päivittäin sen toteutuminen ja riittävyys, sekä kirjata huolellisesti potilasasiakirjoihin ravitsemuksen toteutuminen.					
Kipu osana haavanhoitoa					
7. Kivuliaan potilaan hengitysfrekvenssi suurenee, syketaajuus kasvaa, verenpaine nousee, sekä perifee- riset verisuonet supistuvat.					
8. Ulkoisina merkkeinä kivussa voi esiintyä ihon kalpe- utta, palelemista, tärisemistä, pahoinvointia, sekä ok- sentelua.					
9. Erilaiset viilentämismenetelmät ovat osa kivunhoitoa.					

Liite 3 2(3)

	täysin samaa mieltä	osittain samaa mieltä	en samaa enkä eri-mieltä	osittain eri miel-tä	täysin eri mieltä
10. Kivun voimakkuus voi vaihdella vuorokauden mu-kaan.					
11. Aiemmat kiputuntemukset muokkaavat kipukoke-musta.					
12. Mielestäni kivunhoitoa ovat myös psykologiset menetelmät esim. keskustelu, huumori ja rentoutumi-nen.					
Liikkuminen osana haavanhoitoa					
13. Mielestäni asentohoito on osa kivunhoitoa.					
14. Liikerajoitusten huomiotta jättäminen voi aiheuttaa komplikaatioita.					
15. Liikkumisella ei ole merkitystä haavan paranemi-seen.					
16. Nilkkojen koukistelu vuoteessa tyhjentää säärtien laskimot ja edistää verenkiertoa ja on näin ollen teho-kas harjoitus.					
17. Pulloon puhallusharjoitukset ovat tärkeitä leikkaus-potilaan kuntouttamisessa ja komplikaatioiden ehkäi-semisessä.					
Aseptiikka osana haavanhoitoa					
18. Aseptisilla työtapoilla pyritään estämään kudosten ja steriilien materiaalien kontaminoituminen.					
19. Haavanhoidossa tulee noudattaa aseptista työjär-jestystä puhtaasta likaiseen.					
20. Alle 24h leikkaushaavaa käsiteltäessä riittää teh-daspuhtaiden hanskojen käyttö.					
21. Lämmön ylläpitäminen haava-alueella edesauttaa haavojen paranemisprosessia.					
Ohjaaminen osana haavanhoitoa					
22. Mielestäni on tärkeää antaa potilaalle sekä kirjallis-ta, että suullista ohjausta.					
23. Mielestäni on tärkeää huomioida, milloin potilas on valmis ottamaan haavanhoidon ohjausta vastaan.					
24. Huomioin potilaan hoidossa ohjauksen tarpeen ja sisällön.					
25. Huomioin potilaan ohjauksessa oppimiskyvyn ja omaksumistaidon.					

Liite 3 3(3)

	täysin samaa mieltä	osittain samaa mieltä	en samaa enkä eri-mieltä	osittain eri mieltä	täysin eri mieltä
26. Mielestäni minulla on hyvät taidot käyttää eri ohjausmenetelmiä.					
Kirjaaminen osana haavanhoitoa					
27. Hyvällä kirjaamisella turvaan tekemiseni.					
28. Haavan valokuvaaminen on osa dokumentointia ja kirjaamista.					
29. Kirjaan mielestäni hyvin ja kuvailevasti haavanhoitoa.					
30. Kirjatessani haavanhoitoa mietin hoidon jatkuvuutta.					

1. Mitä mielestäsi on hyvä haavanhoito?

2. Miten opetuksessa on käsitelty hyvän haavanhoidon eri osa-alueita?

3. Mistä osa-alueesta (ravitseminen, kipu, aseptiikka, liikkuminen, ohjaaminen ja kirjaaminen) sinulla on opetuksen pohjalta **eniten** tietoa? Miksi?

4. Mistä osa-alueesta (ravitseminen, kipu, aseptiikka, liikkuminen, ohjaaminen ja kirjaaminen) sinulla on opetuksen pohjalta **vähiten** tietoa? Miksi?

KIITOS VASTAUKSISTASI!

Liite 4 1(6)

RISTIINTAULUKOINNIT LUKUINA

Väittämä 5. Mielestäni ravintovalmisteiden (tehojuomat ja – vanukkaat) käytöllä on merkitystä potilaan haavojen paranemisessa.

Taulukko 1. Ristiintaulukointi. Ravitseminen/kokemus/ravintovalmisteet.

Kokemus * R5_ravintovalmisteet5 Crosstabulation								
			R5_ravintovalmisteet5					Total
			Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	
Koke- mus	0 - 1	Count	4	3	15	22	9	53
		% within Ko- kemus	7,5%	5,7%	28,3%	41,5%	17,0%	100,0 %
	2 - 4	Count	0	0	4	9	7	20
		% within Ko- kemus	0,0%	0,0%	20,0%	45,0%	35,0%	100,0 %
	5 - 7	Count	0	0	0	3	2	5
		% within Ko- kemus	0,0%	0,0%	0,0%	60,0%	40,0%	100,0 %
	yli 10	Count	0	0	0	2	2	4
		% within Ko- kemus	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	100,0 %
Total	Count	4	3	19	36	20	82	
	% within Ko- kemus	4,9%	3,7%	23,2%	43,9%	24,4%	100,0 %	

Liite 4 2(6)

Väittämä 9. Erilaiset viilentämismenetelmät ovat osa kivunhoitoa.

Taulukko 2. Ristiintaulukointi. Kipu/kokemus/viilentämismenetelmät.

Kokemus * K9_viiientämismenetelmät5 Crosstabulation									
			K9_viiientämismenetelmät5						Total
				Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	
			0						
Koke- mus	0 -1	Count	1	1	2	9	18	22	53
		% within Kokemus	1,9%	1,9%	3,8%	17,0%	34,0%	41,5%	100,0%
	2 -4	Count	0	1	0	2	8	9	20
		% within Kokemus	0,0%	5,0%	0,0%	10,0%	40,0%	45,0%	100,0%
	5 -7	Count	0	0	0	1	1	3	5
	% within Kokemus	0,0%	0,0%	0,0%	20,0%	20,0%	60,0%	100,0%	
	yli 10	Count	0	1	0	0	1	2	4
	% within Kokemus	0,0%	25,0%	0,0%	0,0%	25,0%	50,0%	100,0%	
Total		Count	1	3	2	12	28	36	82
		% within Kokemus	1,2%	3,7%	2,4%	14,6%	34,1%	43,9%	100,0%

Taulukossa 2, 0-vastauksia oli yksi, eli kysymykseen ei ollut vastattu ollenkaan.

Liite 4 3(6)

Väittämä 17. Pulloon puhallusharjoitukset ovat tärkeitä leikkauspotilaan kuntouttamisessa ja komplikaatioiden ehkäisemisessä.

Taulukko 3. Ristiintaulukointi. Liikuminen/kokemus/puhallusharjoitukset.

Kokemus * L17_puhallusharjoitukset5 Crosstabulation								
			L17_puhallusharjoitukset5					Total
			0	Osittain eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	
Kokemus	0 - 1	Count	1	3	22	11	16	53
		% within Kokemus	1,9%	5,7%	41,5%	20,8%	30,2%	100,0%
	2 - 4	Count	0	0	4	6	10	20
		% within Kokemus	0,0%	0,0%	20,0%	30,0%	50,0%	100,0%
	5 - 7	Count	0	0	2	1	2	5
		% within Kokemus	0,0%	0,0%	40,0%	20,0%	40,0%	100,0%
	yli 10	Count	0	0	0	0	4	4
		% within Kokemus	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Total	Count	1	3	28	18	32	82	
	% within Kokemus	1,2%	3,7%	34,1%	22,0%	39,0%	100,0%	

Taulukossa 3, täysin eri mieltä vastauksia ei ollut ollenkaan, ja tämän takia sarake puuttuu taulukosta. 0-vastauksia oli yksi, eli kysymykseen ei ollut vastattu ollenkaan

Liite 4 4(6)

Väittämä 20. Alle 24h leikkaushaavaa käsiteltäessä riittää tehdaspuhtaiden hanskojen käyttö.

Taulukko 4. Ristiintaulukointi. Aseptiikka/kokemus/alle_24.

Kokemus * A20_alle_24_5 Crosstabulation								
			A20_alle_24_5					Total
			0	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Kokemus	0 -1	Count	1	26	6	6	7	7
		% within Kokemus	1,9%	49,1%	11,3%	11,3%	13,2%	13,2%
	2	Count	0	10	3	3	2	2
	4	% within Kokemus	0,0%	50,0%	15,0%	15,0%	10,0%	10,0%
	5	Count	0	5	0	0	0	0
yli 10	7	% within Kokemus	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
		Count	0	4	0	0	0	0
		% within Kokemus	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
		Count	1	45	9	9	9	9
		% within Kokemus	1,2%	54,9%	11,0%	11,0%	11,0%	11,0%
Total			53	20	5	4	82	100,0%

Taulukossa 4, 0-vastauksia oli yksi, eli kysymykseen ei ollut vastattu ollenkaan.

Liite 4 5(6)

Väittämä 26. Mielestäni minulla on hyvät taidot käyttää eri ohjausmenetelmiä.

Taulukko 5. Ristiintaulukointi. Ohjaaminen/kokemus/taidot.

			Kokemus * O26_taidot5 Crosstabulation					
			O26_taidot5					
			0	Osittain eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	Total
Kokemus	0 - 1	Count	1	2	9	34	7	53
		% within Kokemus	1,9%	3,8%	17,0%	64,2%	13,2%	100,0%
	2 - 4	Count	0	0	3	9	8	20
		% within Kokemus	0,0%	0,0%	15,0%	45,0%	40,0%	100,0%
	5 - 7	Count	0	0	1	4	0	5
		% within Kokemus	0,0%	0,0%	20,0%	80,0%	0,0%	100,0%
	yli 10	Count	0	0	0	3	1	4
		% within Kokemus	0,0%	0,0%	0,0%	75,0%	25,0%	100,0%
Total		Count	1	2	13	50	16	82
		% within Kokemus	1,2%	2,4%	15,9%	61,0%	19,5%	100,0%

Taulukossa 5, täysin eri mieltä -vastauksia ei ollut ollenkaan, ja tämän takia sarake puuttuu taulukosta. 0-vastauksia oli yksi, eli kysymykseen ei ollut vastattu ollenkaan.

Liite 4 6(6)

Väittämä 28. Haavan valokuvaaminen on osa dokumentointia ja kirjaamista.

Taulukko 6. Ristiintaulukointi. Kirjaaminen/kokemus/valokuvaaminen.

Kokemus * KI28_valokuvaaminen5 Crosstabulation							
			KI28_valokuvaaminen5				
			Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Koke- mus	0 - 1	Count	4	3	10	14	22
		% within Koke- mus	7,5%	5,7%	18,9%	26,4%	41,5%
	2 - 4	Count	0	0	3	3	14
		% within Koke- mus	0,0%	0,0%	15,0%	15,0%	70,0%
	5 - 7	Count	0	0	0	2	3
		% within Koke- mus	0,0%	0,0%	0,0%	40,0%	60,0%
	yli 10	Count	0	0	0	1	3
		% within Koke- mus	0,0%	0,0%	0,0%	25,0%	75,0%
Total		Count	4	3	13	20	42
		% within Koke- mus	4,9%	3,7%	15,9%	24,4%	51,2%